

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Daniela Čermáková**

**Ošetřovatelská péče o pacientku s diagnózou  
karcinom ovaria**

*Nursing care of the patient with diagnosis ovarian  
cancer*

*Bakalářská práce*

Praha, 2015

Autor práce: Daniela Čermáková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: všeobecná sestra kombinovaná forma

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK v Praze**

Odborný konzultant: **MUDr. Eva Shíbalová**

Pracoviště: **Gynekologicko-porodnické oddělení ON Kladno**

Předpokládaný termín obhajoby: 22. června 2015

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 21. května 2015

Daniela Čermáková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Janě Holubové z Ústavu ošetrovatelství 3. LF UK v Praze a odborné konzultantce, MUDr. Evě Shíbalové, vedoucí lékařce gynekologického oddělení ON Kladno, za cenné informace a rady, které mi pomohly během zpracování bakalářské práce a za jejich čas, trpělivost a ochotu, kterou mi věnovaly.

# Obsah:

<b>OBSAH:</b> .....	<b>5</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>1. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>8</b>
1.1 EPIDEMIOLOGIE MALIGNIT OVARIA .....	8
1.2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE OVARIA.....	8
1.3 MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ OVARIA .....	10
1.3.1 Maligní epitelové nádory.....	10
1.3.2 Germinální nádory (nádory ze zárodečných buněk).....	11
1.3.3 Nádory ze stromatu zárodečných pruhů .....	11
1.3.4 Sekundární nádory ovaria .....	12
1.3.5 Borderline nádory.....	12
1.4 ETIOLOGIE NÁDORŮ OVARIA .....	12
1.4.1 Rizikové faktory .....	12
1.4.2 Dědičná predispozice.....	13
1.5 SYMPTOMATOLOGIE.....	14
1.6 VYŠETŘOVACÍ METODY .....	14
1.6.1 Klinické vyšetření.....	15
1.6.2 Ultrazvukové vyšetření.....	15
1.6.3 MRI.....	15
1.6.4 CT .....	15
1.6.5 RTG.....	15
1.6.6 Laboratorní vyšetření .....	16
1.6.7 Chirurgická diagnóza .....	16
1.7 TERAPIE .....	17
1.7.1 chirurgická léčba.....	17
1.7.2 chemoterapie .....	17
1.7.3 radioterapie .....	18
1.7.4 hormonoterapie .....	18
1.8 KOMPLIKACE.....	18
1.8.1 Komplikace karcinomu ovaria.....	18
1.8.2 Pooperační komplikace.....	19
1.9 ŠÍŘENÍ NÁDORŮ .....	20
1.9.1 TNM klasifikace.....	20
1.10 PROGNÓZA.....	22
<b>2. KAZUISTIKA</b> .....	<b>23</b>
2.1 ANAMNÉZA .....	23
2.1.1 Lékařská anamnéza .....	23
2.1.2 Model funkčních vzorců zdraví dle M. Gordon.....	24
2.1.3 Ošetřovatelská anamnéza .....	25
2.2 PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	29
2.3 OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY.....	41
2.3.1 Akutní bolest .....	41
2.3.2 Edukace .....	43
2.3.3 Psychologická problematika.....	47
2.4 DLOUHODOBÁ PÉČE .....	49
<b>3. DISKUZE</b> .....	<b>52</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>57</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>58</b>
<b>JINÉ ZDROJE:</b> .....	<b>61</b>

<b>SEZNAM ZKRATEK:</b> .....	<b>62</b>
<b>SEZNAM TABULEK:</b> .....	<b>64</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>65</b>

## Úvod

Cílem této bakalářské práce bylo zpracování případové studie ošetrovatelské péče o pacientku s diagnózou karcinom ovaria. V klinické části se věnuji epidemiologii malignit ovaria, stručně popisuji anatomii a fyziologii vaječníků. Poté se zaměřuji na rozdělení nádorových onemocnění vaječníků, jejich etiologii, symptomatologii, diagnostiku a léčbu. Dále se věnuji klasifikaci, komplikacím a prognóze tohoto onemocnění.

V další části uvádím základní údaje o nemocné, včetně lékařské a ošetrovatelské anamnézy u které jsem použila model dle Majory Gordon. Navazuji popisem průběhu hospitalizace pacientky od příjmu až po propuštění a také se zabývám ošetrovatelskými problémy. Dále popisuji dlouhodobou péči o pacientku. V diskuzi zmiňuji výzkum a využití nového tumorového markeru, srovnávám pooperační léčbu bolesti, prevenci venózní tromboembolie a psychickou přípravu před operací.

K práci je přiložen obsah literatury, seznam zkratk a příloh, které byly použity v této práci.

Pacientka písemně souhlasila s použitím údajů z její dokumentace k sepsání této bakalářské práce.

Ošetrovatelská anamnéza uvedená v příloze práce je použita se souhlasem Ústavu ošetrovatelství 3. LF UK v Praze.

# 1. Teoretická část

## 1.1 Epidemiologie malignit ovaria

„Karcinom vaječníků tvořil v roce 2007 4% všech maligních onemocnění žen a 30% gynekologických zhoubných novotvarů. Výskyt tohoto nádoru vykazuje mírně stoupající trend, zatímco úmrtnost mírně klesající. V roce 2007 dosáhla jeho incidence 20,6 případů na 100 tisíc žen. V absolutních hodnotách to znamená 1087 nově diagnostikovaných případů. Ve stejném roce podlehl rakovině vaječníků 700 žen.“ (Novotný, Vitek a kol. 2012; s. 320). „Vysoká mortalita (kolem 60%) je v důsledku častého záchytu onemocnění v pokročilých stádiích. Vrchol incidence u epitelálních karcinomů je mezi 55. a 65. rokem věku u neepitelálních karcinomů jsou obecně postiženy mladší ženy, průměrné stáří v době diagnózy je 33let.“ (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011; s. 822)

## 1.2 Anatomie a fyziologie ovaria

„Ovarium je párový orgán velikosti 5x3x1,5cm. Je uložen v dutině pánevní. Skládá se ze tří vrstev. Na povrchu je kubický epitel, pod ním vrstva korová (cortex ovarii) a v hloubce vrstva dřevná (medulla ovarii). V kůře dozrávají ženské pohlavní buňky-vajíčka. Nezralá vajíčka jsou uložena v primárních váčcích-folikulech, u novorozence je jich 1-2 miliónů, v období puberty kolem 400 tisíc. Ze všech původně založených folikulů v průběhu fertilního věku ženy dozrává však jen cca. 400 folikulů. Růstem se primární folikuly mění na sekundární, které postupně dozrávají v Graafovy folikuly. Zralý folikul měří asi 2,5cm, po dozrání praskne a společně s folikulární tekutinou je z něj vyplaveno i vajíčko, které obsahuje poloviční počet chromozomů, 22 somatických a jeden pohlavní chromozom X. Tomuto pochodu se říká ovulace. Uskutečňuje se v 28 denních intervalech.“ (Holibková, Laichman, 2010; s. 91)

„Ovariální cyklus má dvě hlavní fáze; jsou to: fáze folikulární, s růstem a zráním vajíčka, a fáze luteální, zahrnující ovulaci a období tvorby a funkce žlutého tělíska. Oba vaječníky se přitom chovají jako jeden orgán, ovulace se v obou vaječnicích střídá, ne však pravidelně. Pravidelné dozrávání folikulů a



ovulace začíná v pubertě a postupně se vytrácí v klimakteriu.“ (Čihák, 2002; s. 342)

„Stavba Graafova folikulu: Při dozrání dosahuje váček velikosti až 2,5 cm. Dutina (antrum folliculi) obsahuje tekutinu (liquor folliculi). Obvodovou vrstvu (membrana granulosa) vytvářejí folikulární buňky. Tato membrána je vyvýšena v místě, kde dozrává vajíčko (ovum) velikost asi 150um. Další osud prasklého Graafova folikulu je dvojitý. V případě, že není vajíčko oplozeno, mění se v žluté tělísko menstruační (corpus luteum menstruationis) produkující progesteron. Toto postupně zaniká a zůstává po něm malá jizva, bílé tělísko (corpus albicans). Je-li vajíčko oplozeno, vzniká žluté tělísko těhotenské (corpus luteum graviditatis), které tvoří důležité hormony, mající význam pro udržení těhotenství. Po pátém měsíci těhotenství postupně involuje a zaniká. Na povrchu vaječníku po něm zůstává zřetelná jizva (corpus albicans graviditatis).“

(Holibková, Laichman, 2010; s. 91)

„Tepny k ovariu přicházejí z aorty abdominalis, která vysílá párovou a. ovarica. Arteria uterina vysílá k ovariu ramus ovaricus; obě přírodní větve ovaria spojuje tepenná „ovariální arkáda“, která probíhá závěsem vejcovodu a ovaria, z níž vystupuje 10-12 tepenných větví do hilu ovaria. Žíly z ovaria odcházejí hlavně cestou v. ovarica, která vpravo ústí do v. cava inferior, vlevo do v. renalis sinistra; menší část krve odtéká do v. iliaca interna.“ (Čihák, 2002; s. 344)

„Reprodukční systém ženy podléhá cyklickým změnám daným souhrou žláz s vnitřní sekrecí (hypotalamus, adenohipofýza, ovaria). Produkci gonadotropinů v adenohipofýze řídí hypotalamus prostřednictvím gonadoliberinů. Činnost hypotalamu je pod vlivem mozkové kůry, proto fyzický i psychický stres může narušit reprodukční funkce ženy. Gonadotropiny (FSH, LH) stimulují růst a zrání folikulů, ovulaci, vznik žlutého tělíska a tvorbu pohlavních hormonů.“

(Slezáková a kol., 2011; s. 20)

### 1.3 Maligní onemocnění ovaria

„ Jde o zákeřné onemocnění, které často probíhá dlouhou dobu bez příznaků v 75% je diagnostikováno v pozdních stádiích III a IV (záchyt ve stádiu I je spíše náhodným nálezem při vyšetření nebo operaci z jiné indikace). Ovarium může být postiženo primárními či sekundárními (metastatickými) zhoubnými nádory. Převážná část (kolem 85-93%) ovariálních malignit je tvořena epitelovými nádory. Zcela specifická a odlišná je pak skupina tzv. neepitelových nádorů, do níž jsou řazeny všechny zbývající ovariální nádory.“ (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011; s. 821)

#### 1.3.1 Maligní epitelové nádory

Vycházejí ze zárodečného epitelu ovaria, jsou tedy mezotelového původu. Odlišení mezi benigními a maligními nádory vaječníku není vždy jednoznačné, existují i tzv. borderline nádory. Základní histologické typy jsou stanoveny na základě podobnosti s normálními buňkami různých orgánů.

**serózní** – s buňkami sliznice vejcovodu, tvoří téměř 50% všech nádorů ovaria, přibližně třetina ze serózních nádorů je maligních; mohou také vznikat metaplazií peritoneálního epitelu bez prokazatelného původu v ovariu, mají horší prognózu než histologicky shodné varianty ovariálního původu

**mucinózní** – s buňkami výstelky střeva a děložního hrdla, tvoří asi 36% nádorů ovaria, pouze 10% z nich je maligních, patří k nejobemnějším tumorům v těle

**endometroidní** – s buňkami výstelky děložního těla, tvoří asi 8% ovariálních tumorů, většina z nich je však maligních; u 30% je zároveň nalezena endometrióza v pánevní oblasti

**mezonefroidní** – s buňkami ledvin, tvoří jen asi 3% ovariálních tumorů, většina z nich je maligních, dvě třetiny z postižených jsou nullipary, v 70% je zároveň nalezena endometrioza, jejich prognóza je velmi špatná

**urotelální karcinom a tzv. maligní Brennerův tumor** – s buňkami přechodního epitelu; může produkovat estrogeny

**dlaždicobuněčné karcinomy, smíšené epitelové nádory,**

**nediferencovaný karcinom** – tvoří přibližně 15% ovariálních malignit

**maligní smíšený mezodermální (Mülleriánský) tumor** – obsahuje maligní glandulární i stromální složku, je zařazen do skupiny karcinomů. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011)

### **1.3.2 Germinální nádory (nádory ze zárodečných buněk)**

Tyto nádory jsou odvozeny od primitivních (nediferencovaných) zárodečných buněk pocházejících ze žloutkového váčku. Nádor se může vyskytovat kdekoli v místě migrace těchto buněk směrem do embryonálního základu gonády. Představují různorodou skupinu nádorů, tvoří 20-25% všech nádorů vaječníků, z toho pouhá 3% jsou maligní povahy. V prvních dvou dekádách života jsou však zastoupeny v 70%, z toho až jedna třetina maligních. Často se projevují jako rychle rostoucí tumor, který vyvolává pánevní bolest, někdy způsobuje poruchy menstruačního cyklu, u premenarchálních dívek známky předčasné puberty. Obvykle produkují AFP nebo hCG.

**Dysgerminom** – je nejčastějším maligním neepiteliálním ovariálním tumorem, pochází z finálně diferencovaných zárodečných buněk, roste rychle, relativně pozdě metastazuje. Často produkuje AFP, LDH a alkalickou fosfatázu, které se využívají jako tumorové markery.

**Nádory z extraembryonálních struktur** – do této skupiny řadíme nádor ze žloutkového váčku a choriokarcinom (negestační varianta).

**Nádory z embryonálních struktur** – teratom je nejčastější neepiteliální tumor ovaria, z jeho variant je nejzávažnější nezralý teratom. Vzácnější embryonální karcinom a polyembryom se vyskytují ve velmi nízkém věku (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011)

### **1.3.3 Nádory ze stromatu zárodečných pruhů**

„Maligní složka těchto nádorů vychází ze specifického (embryonálního) mezodermu, mohou obsahovat buňky „ženské“ (granulózové, thekální), „mužské“ (Sertoliho, Leydigovy) i morfologicky indiferentní.“ (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011;s. 827 )

### 1.3.4 Sekundární nádory ovaria

„Ovaria jsou poměrně často postižena metastatickým onemocněním. Nejčastější metastázy jsou z ostatních orgánů ženského genitálu, z GIT (žaludek, tlusté střevo) nebo z prsu.

**Krukenbergerův nádor** – tento název se užívá pro metastázy adenokarcinomu (mucinózního nebo z prstenčitých buněk) z GIT, nejčastěji ze žaludku.“ (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011; s. 828)

### 1.3.5 Borderline nádory

„Tyto nádory mají některé charakteristiky maligních tumorů (atypie jader, abnormální mitotickou aktivitou, shluky atypických buněk apod.), ale bez jasných znaků invazivního růstu. Dlouhou dobu zůstávají lokalizované pouze v ovariu, jejich růst bývá pomalý. Vyskytují se především u žen před menopauzou, nejčastěji mezi 30. a 50. rokem. Častěji jsou diagnostikovány ve stadiu I v 60-80%. Biologická povaha těchto nádorů odpovídá také názvu „borderline“, někdy bývají označovány jako epiteliální ovariální nádory s nízkým maligním potenciálem. Důležitou odlišností od maligních epiteliálních tumorů je dlouhý časový interval do vzniku recidivy, často dosahuje 10-20 let, proto je u těchto onemocnění doporučována dlouhodobá pečlivá dispenzarizace.“

(Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011; s. 829)

## 1.4 Etiologie nádorů ovaria

### 1.4.1 Rizikové faktory

- nuliparita, nebo první dítě po 30. roce věku
- časná menarche (před 12 rokem věku) a pozdní menopauza (po 50 letech)
- věk- riziko stoupá po 55. roce, vzestup incidence je do 70 let
- Kavkazská rasa, především židovský původ, výskyt u černé a žluté rasy je podstatně nižší
- sterilita sama o sobě, tak i sterilita léčená, pro riziko jednotlivých preparátů stimulujících ovulaci a stimulačních režimů asistované reprodukce

- hormonální substituční terapie
- endometrióza
- azbest a talk – kosmetické pudry s talkem byly kontaminovány azbestem před více než 20 lety, současné pudry již azbest neobsahují
- kouření a alkohol, psychotropní látky
- karcinom prsu, endometria a kolorektální karcinom v osobní anamnéze, riziko duplicitního karcinomu ovaria je vyšší i v případech, kdy nejde o mutační analýzou prokázaný hereditární syndrom (Cibula, Petruželka a kol., 2009)

### 1.4.2 Dědičná predispozice

**Hereditární syndrom karcinomu prsu a ovaria** je spojen s výskytem mutace genů BRCA1 a BRCA2. Jsou to tumor supresorové geny, což znamená, že hrají zásadní roli v maligním procesu tím, že regulují buněčné dělení, stabilitu a integritu genomu. U dědičné predispozice je právě z tohoto důvodu riziko nádorového onemocnění mnohonásobně vyšší než u sporadické formy. U genu BRCA1 je uváděno kumulativní riziko vzniku maligního nádoru prsu 65-85%, riziko nádoru ovaria 39-63%. U genu BRCA2 je kumulativní riziko vzniku maligního nádoru prsu 45-84%, riziko ovariálního nádoru 11-27%. Preventivní péče doporučená na základě kvalitně provedené genetické konzultace ve specializovaných centrech je pro nosiče a nosičky mutací velice důležitá. Profylaktické operace se z důvodu nosičství těchto mutací provádějí v České republice již od roku 2000 a pacientkami jsou z estetického pohledu hodnoceny pozitivně. Přítomnost mutace genů BRCA 1a2 zvyšuje riziko vzniku i jiných typů zhoubných nádorů (kolorektální karcinom, karcinom pankreatu, cervikální karcinom a karcinom prsu a prostaty u mužů).

(Pavlů, 2013)

**Lynchův syndrom** (HNPCC- hereditární nonpolypózní kolorektální karcinom) je diagnostikován na základě mutace MMR genů, dědičnost je autozomálně dominantní. Pacientky mají zvýšené riziko karcinomu endometria, kolorekta a ovaria. V Prevention Polyp byla provedena nadnárodní prospektivní studie chemoprevence Lynchova syndromu. Pacientkám byl podáván Aspirin (600mg/den), který snížil výskyt rakoviny tlustého střeva o 50% u žen

s Lynchovým syndromem. Použití hormonální antikoncepce na prevenci karcinomu vaječníku u tohoto syndromu nebyl prokázán, ale je účinná u žen s mutací BRCA 1,2. V roce 1997 Cancer Genetics Studies Consortium dospělo k názoru, že není dostatek důkazů pro doporučení preventivní operace profylaktické hysterektomie a oboustranné adnexektomie.

Chen at al. doporučují u Lynchova syndromu jednou ročně gynekologické vyšetření a screening (TVU, biopsie endometria, hladiny CA 125).

Přes nedostatek důkazů je operace u tohoto syndromu rozumná preventivní strategie pro ženy, které rodily.(Nakamura, 2014)

## **1.5 Symptomatologie**

Většina karcinomů ovaria probíhá dlouho asymptomaticky nebo s neurčitými příznaky:

- nespecifické příznaky GIT
- příznaky z útlaku - časté močení a nucení na močení, obtížná střevní pasáž
- nepravidelné krvácení u žen před menopauzou
- bolest- zřídka, jen při torzi nebo krvácení z tumoru
- specifické příznaky u neepitelových hormonálně aktivních nádorů z důvodu působení vysokých hladin estrogenů nebo androgenů- pubertas praecox, projevy virilizace
- zvětšování břicha, nadýmání, obstipace, nauzea, zvracení, anorexie, pocit plnosti u pokročilých stádií v důsledku ascitu nebo metastáz v dutině břišní (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011)

## **1.6 Vyšetřovací metody**

Do souboru obligatorních vyšetření vyžadovaných před zahájením léčby samozřejmě také patří pečlivě odebraná anamnéza, somatické vyšetření a komplexní gynekologické vyšetření včetně vyšetření per rectum, kolposkopie a onkologické cytologie. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011)

### **1.6.1 Klinické vyšetření**

Palpační vyšetření má velmi nízkou citlivost pro nález ovariálního tumoru. Při gynekologickém vyšetření může být nalezena rezistence v adnexální krajině, někdy palpačně bolestivá. Z výzkumu vyplynulo, že u žen po menopauze jsou hmatné tumory o průměru méně než 5 cm maligní pouze v 3%. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011)

### **1.6.2 Ultrazvukové vyšetření**

Expertní onkogynekologický ultrazvuk je v současné době hlavní a také nej přesnější zobrazovací metodou v diagnostice tumorů malé pánve. Provádí se pokud možno transvaginálně, vždy doplněné i vyšetřením abdominálním. Při vyšetření lze odhadnout biologickou povahu a histologický typ tumoru, stav lymfatických uzlin, přítomnost patologií peritonea nebo omenta, operabilitu nálezu. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011)

### **1.6.3 MRI**

Uplatňuje se v diferenciální diagnostice ovariálních tumorů. Má lepší zobrazovací schopnost oproti CT. Vhodná je při stagingu a diagnostice recidiv, obtížně však zobrazuje peritoneální implantáty do průměru 1 cm. Výhodná je zejména při podezření na endometriózu. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011)

### **1.6.4 CT**

Také se uplatňuje v diferenciální diagnostice ovariálních tumorů. Dokáže zobrazit tuhé tkáně v dermoidu. Ve stagingu je stejně vhodné jako MRI. Obvykle se upřednostňuje z důvodu lepší dostupnosti. Uplatňuje se u pokročilejších stádií a recidiv onemocnění při zobrazení mízních uzlin, vzdálených metastáz. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011)

### **1.6.5 RTG**

Předozadní snímek hrudníku, k vyloučení metastatického procesu, fludiothoraxu.

(Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011)

## 1.6.6 Laboratorní vyšetření

### tumorové markery:

**CA125** – má dominantní význam, je ale nespecifický, hodnoty jsou zvýšeny u 80% žen s malignitou ovaria, jeho elevace nad 60 U/ml (při cut off 35 U/ml) u žen po menopauze predikuje z 90% na maligní povahu pánevního tumoru

nově se vyšetřuje marker **HE-4** a v kombinaci s **CA 125** se stanovuje tzv. **ROMA index**.

**AFP, hCG, inhibin A a B** - je zvýšen u granulózových nádorů, ale také u většiny epiteliálních nádorů, vyšetření se provádí u žen do 20 let

**LDH** - je zvýšená u dysgerminomů

**CEA, CA15-3, CA19-9 nebo CA72-4** - vyšetřují se pro účely diferenciální diagnostiky

**biochemie krve** - s vyšetřením funkce jater a ledvin, včetně clearance kreatininu základní hematologie a krevní skupina; HBsAg, event.HIV, HCV, vyšetření močového sedimentu

(Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011)

## 1.6.7 Chirurgická diagnóza

V průběhu operace je stanovena definitivní diagnóza a staging onemocnění. Při klinicky suspektním nálezu je nutné bioptické ověření peroperačně nebo pomocí minimálně invazivních metod (biopsie tlustou jehlou). Ve vyjímečných případech lze stanovit diagnózu dle klinického nálezu a cytologického vyšetření punktátu ascitu nebo hydrothoraxu.

### Další doplňující vyšetření:

cystoskopie

vylučovací urografie

rektoskopie

kolonoskopie

irigografie

gastroskopie

mamografie (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011)



## **1.7 Terapie**

### **1.7.1 chirurgická léčba**

„ Je hlavním léčebným postupem u většiny případů karcinomu ovaria, velmi často je však nutná její kombinace s chemoterapií. Má-li být smysluplná, musí být provedena co nejdříve (z důvodu diagnostického i terapeutického).“

(Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011; s. 835)

„Jejím cílem je úplné odstranění nádoru a poskytnutí reprezentativního materiálu pro histopatologické vyšetření. Rozsah radikální operační léčby zahrnuje dolní střední laparotomii s rozšířením nad pupek, chirurgický staging (odběr ascitu nebo výplach na cytologické vyšetření, brániční stěry, vizualizace orgánů břišní dutiny a peritoneálních povrchů-biopsie), oboustrannou adnexetomii, hysterektomii, omentektomii, apendektomii, odstranění lymfatických uzlin (pánevní a paraaortální lymfadenektomie) a další rozsah dle postižených orgánů (peritonektomie, resekce střev, jater, sleziny...). Rozsah nádorového rezidua je jedním z nejvýznamnějších prognostických faktorů. V přísně indikovaných případech, kdy je nádor omezen pouze na ovarium a žena si přeje těhotenství lze postupovat „konzervativně“ a zachovat dělohu a kontralaterální adnexa.“

(Rob, Martan, Citterbart a kol. 2008; s. 209)

### **1.7.2 chemoterapie**

„Standardem současné chemoterapie jsou režimy založené na platinových derivátech. V ČR je považována kombinace taxanu s platinovým derivátem za standardní léčbu první linie pokročilého onemocnění. Tuto kombinaci využívá stále více pracovišť pro adjuvantní léčbu časných stádií. Důležitou roli v léčbě pokročilých stádií onemocnění hraje také neadjuvantní chemoterapie.“

(Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011; s. 839-840)

V Nizozemí probíhá od roku 2013 multicentrická randomizovaná kontrolovaná studie v devíti gynekologicko-onkologických centrech a jejich

přidružených nemocnicích. Je vybráno 230 pacientek s první recidivou FIGO fáze Ic-IV epitelálního karcinomu vaječníků citlivého na platinu, primárního peritoneálního karcinomu, nebo karcinomu vejcovodu. Klientky jsou náhodně rozděleny do dvou skupin, první mají standardní léčbu, kterou tvoří nejméně šest cyklů nitrožilní chemoterapie na bázi platiny. Druhá skupina má experimentální léčbu, která se skládá ze sekundární cytoredukční chirurgie následovanou nejméně šesti cykly nitrožilní chemoterapie na bázi platiny. Cílem této studie je zjistit, zda sekundární cytoredukční operace následovaná chemoterapií na bázi platiny zvyšuje přežití bez progresu. (Van De Laar, 2014)

### **1.7.3 radioterapie**

„ Použití radioterapie v léčbě epitelálních karcinomů ovaria je omezeno tím, že nádory ovaria jsou často diseminované a cílový objem je příliš rozsáhlý. Je zde velké riziko poškození orgánů (zejména ledvin, jater nebo střeva).“ (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011; s. 843)

### **1.7.4 hormonoterapie**

Pro léčbu ovariálního karcinomu se používá zřídka, v úvahu připadají následující preparáty:

antiestrogeny, analoga GnRH, inhibitory aromatázy  
(Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011)

## **1.8 Komplikace**

### **1.8.1 Komplikace karcinomu ovaria**

- obraz náhlé příhody břišní při torzi nebo ruptuře
- prorůstání do okolí (vejcovodů, dělohy, rekta, močového měchýře)
- metastázy do druhého vaječniku, omenta, srůsty se stěnou pánevní a se střevními kličkami
- v pokročilém stadiu vytváří rozsáhlý útvar, který vyplňuje celou dutinu pánevní i část dutiny břišní
- ascites a s tím související dušnost při vysokém stavu bránice

- vzdálené metastázy směřující do jater, plic, retroperitoneálních lymfatických uzlin
  - recidivy onemocnění
- (Slezáková a kol., 2011)

## 1.8.2 Pooperační komplikace

**Zástava srdce** je vzácná komplikace, přihodí se spíše v průběhu operace. Později bývá její příčinou nejčastěji masivní embolie plic, infarkt myokardu, nebo šokový stav.

**Šokový stav** se po operaci vyskytuje zřídka, nejčastěji to je hemoragický šok. Krevní ztráty hradíme při ztrátách objemu přesahujících 15-20%, tj. cca 750ml a více. Nešokové periferní selhání lze pozorovat po epidurální anestezii, při rychlém vypuštění ascitu nebo objemného kystomu apod. Léčba šoku se řídí stavem nemocné a zahrnuje kromě převodů krve a krevních derivátů analgetika, kortikoidy, krystaloidy a léčbu podle laboratorních výsledků.

**Pooperační krvácení** do břišní dutiny ze sklouznutí nebo uvolnění ligatury se projeví okamžitě nebo do 48 hodin tachykardií, hypotenzí a hemoperitoneem, vyžaduje operační revizi. Krvácení z menší cévy nebo krvácení parenchymové pacientku anemizuje, klinicky se však projeví podstatně později, také je potřeba provést operační revizi.

**Tromboembolické komplikace**, nejzávažnější je embolie a. pulmonalis. Pokud je masivní, velmi rychle dochází ke smrti zástavou srdce a dechové funkce. Nejčastěji vzniká při prvním vstávání z lůžka, ale také až 7-14. den po výkonu. Trombóza hlubokých žil stehna a pánve vyvolá symptomatologii phlegmasia alba dolens. Méně závažnou komplikací je trombóza povrchových, většinou varikózních žil v oblasti v. saphena magna. Velmi důležité je dodržování preventivních opatření včetně miniheparinizace, bandáže dolních končetin a časného vstávání z lůžka.

**Poruchy střevní pasáže** mohou vyústit v ileus. Paralytický ileus se může projevit v prvních 48 hodinách, bráníme mu správnou pooperační péčí (např. K<sup>+</sup>). Později může být jeho příčinou zánět pobřišnice, nebo prodloužené krvácení do břišní dutiny. Při poslechu se projevuje jako auskultační ticho v břišní dutině. Obstrukční ileus vzniká většinou zaškrcením střevní kličky, může se vyvíjet pozvolna, ale i rychle. Projevuje se zvýšenou a bolestivou peristaltikou, vyžaduje operační revizi. **Zánětlivé pooperační komplikace** jsou nejčastější v místě vstupu (ranné infekce) do dutiny břišní nebo v malé pánvi. Relativně čtené jsou infekce močových cest. Počet těchto komplikací lze omezit např. profylaktickým podáním antibiotik a zkrácením doby katetrizace močového měchýře.

(Rob, Martan, Citterbart, 2008)

## **1.9 Šíření nádorů**

### **intraperitoneálně**

Je nejčastější a nejčasnější; probíhá ve směru cirkulace peritoneální tekutiny, zřídka se vyskytuje přímé šíření do retroperitonea, protože peritoneum tvoří přirozenou bariéru.

### **lymfatickými cévami**

Je tím častější, čím je pokročilejší onemocnění (ve stadiu III se odhaduje infiltrace lymfatických cév na 60-75%).

### **hematogenní šíření**

Je málo časté, dochází k němu zejména v pokročilejších stádiích onemocnění. Nejčastěji jsou postiženy plíce, játra, slezina, mozek a kosti. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011)

### **1.9.1 TNM klasifikace**

Klasifikace je určena pro maligní nádory z povrchového epitelu a nádory stromálního původu, včetně borderline nádorů. Klasifikační schémata umožňují i třídění non-epiteliálních ovariálních nádorů.

Systém TNM je založen na popisu 3 složek anatomického rozsahu onemocnění.

**T (tumor)**- rozsah primárního nádoru (TX, Tis, T1-T4), často doplněný o podrobnější vyjádření zařazením do podskupiny (např. T1a)

**N (nodus)**- přítomnost nebo nepřítomnost a rozsah metastáz v regionálních lymfatických uzlinách (NX, N0-N2)

**M (metastáza)**- přítomnost nebo nepřítomnost vzdálených metastáz (MX,M-M1), přítomnost vzdálené metastázy (kategorie M1) může být dále specifikována označením: PUL-plicní, OSS-kostní, PLE-pleurální, HEP-jaterní...

(<http://www.onkogyn.cz/lekari/tnm-klasifikace>) [cit. 5. 3. 2015]

### Tabulka č.1:

Souhrn klasifikací TNM a FIGO:

TNM		FIGO
T1a	Postižení jednoho ovaria, pouzdro intaktní, bez nádoru na povrchu ovaria, negativita ascitu nebo laváže	IA
T1b	Postižení obou ovarii, dále jako T1a	IB
T1c	Jedno nebo obě ovaria + ruptura pouzdra / nádor na povrchu / pozitivita ascitu nebo laváže	IV
T2a	Šíření na dělohu / tubu / negativita ascitu nebo laváže	IIA
T2b	Šíření na jiné pánevní tkáně / negativita ascitu nebo laváže	IIB
T2c	Šíření na dělohu / tubu / v pánvi / pozitivita ascitu nebo laváže	IIC
T3a	Mikroskopické peritoneální metastázy mimo pánev	IIIA
T3b	Makroskopické metastázy mimo pánev ≤ 2 cm	IIIB
T3c	Makroskopické metastázy mimo pánev > 2 cm	IIIC
T4	Vzdálené metastázy	IV
N1	Postižení pánevních a / nebo paraaortálních lymfatických uzlin	IIIC
M1	Vzdálené metastázy	IV

zdroj: <http://www.onkogyn.cz/lekari/karcinom-ovaria> [cit. 5. 3. 2015]

## 1.10 Prognóza

„Nepříznivá prognóza těchto onemocnění je dána především faktem, že většina z nich (přibližně 75-80%) je diagnostikována v pozdních stádiích (III a IV), kdy je průměrné pětileté přežití kolem 25-30%. Prognóza onemocnění je modifikovaná **věkem** – pětileté přežití (bez ohledu na stadium) je 40% u žen mladších 50 let, 15% u žen starších 50 let.

**grading tumoru** – pětileté přežití u stadia I je 91% pro grade 1a, 75% pro grade 3, u stadia II je 69% pro grade 1a 51% pro grade 3.“

(Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011; s. 846)

„Prognózu onemocnění můžeme také odhadnout na základě tzv. rizikových faktorů:

- primární rozsah onemocnění
- velikost nádorového rezidua po primární operaci
- histologický grading tumoru
- celkový zdravotní stav pacientky
- přítomnost ascitu
- rychlost poklesu markeru CA125 při léčbě

U pokročilých nálezů i přes počáteční efekt terapie většinou dojde k recidivě. Vyléčit pacientku s recidivou je prakticky nemožné, další léčba je paliativní. Je tedy nutné vyhodnotit přínos i komplikace, které léčba přináší. Z tohoto důvodu se většinou nasazuje chemoterapie druhé linie. Velmi důležitá je symptomatická léčba bolesti, odlehčovací punkce při ascitu, při obstrukci GIT stomie.“

(Adam, Vorlíček, Vaníček a kol., 2004; s. 238)

## **2. Kazuistika**

### **2.1 Anamnéza**

#### **2.1.1 Lékařská anamnéza**

Pacientka J.S. 47 let přijata na gynekologicko - porodnickém oddělení k plánované operaci pro karcinom ovaria.

**osobní anamnéza:** hypertenze na terapii betablokátozem, dětská mozková obrna s částečnou imobilitou, umbilikální hernie, mikrocytární anemie, obezita

**operace:** ve 12 letech korekční operace DK  
v roce 2009 operace katarakty obou očí

**úrazy:** neguje  
konzumace kávy - 2 šálky denně, alkohol příležitostně, kouření neguje

**farmakologická anamnéza:** Betaloc 200 SR 1-0-0 tbl., Tardyferon 1-1-0 tbl.

**alergologická anamnéza:** neguje

**gynekologická anamnéza:** menarche: 12 let, cyklus: pravidelný 28/5  
porody:0, UPT: 0, spont.ab.: 0, mimoděl. těh.: 0, gynekologická onemocnění:0,  
gynekologické operace: 0, antikoncepce: 0

**rodinná anamnéza:** matka 72 let (po operaci ca prsu před 5 lety, žije), otec 76 let (hypertenze), bratr 51 let zdravý

**pracovní anamnéza:** v invalidním důchodu, dříve pracovala v laboratoři a v chráněné dílně

**sociální anamnéza:** vdaná, žije s manželem (zdravotnická dokumentace)

## 2.1.2 Model funkčních vzorců zdraví dle M. Gordon

„Model je odvozený z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho- sociální interakce. Sestra určuje u pacienta funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. Model je vytvořen z dvanácti oblastí, které představují určitou část zdraví. Pokud sestra identifikuje dysfunkční vzorec zdraví, zformuluje ošetrovatelskou diagnózu a dále pokračuje v ošetrovatelském procesu.“ (Pavlíková 2006; s. 99-101)

Dvanáct vzorců zdraví M. Gordon obsahuje:

- 1. vnímání zdraví-udržování zdraví**, individuální zdravotní stav, zvládání rizik a celkové péče o zdraví
- 2. výživa-metabolismus**, způsob příjmu jídla a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu, hodnocení stavu pokožky, vlasů, nehtů, chrupu, hojení ran
- 3. vylučování**, pravidelnost, potíže nebo poruchy při vyprazdňování
- 4. aktivita-cvičení**, udržování tělesné kondice, základní denní aktivity, trávení volného času
- 5. spánek-odpočinek**, trvání doby spánku, kvalita a kvantita, používání léků na spaní
- 6. citlivost (vnímání)-poznávání**, smyslové vnímání, sluch, zrak, chuť, čich, dotek, kompenzační pomůcky
- 7. sebepojetí-sebeúcta**, emocionální stav, vnímání sebe sama, vlastní identity
- 8. role –vztahy**, přijetí a plnění životních rolí
- 9. reprodukce-sexualita**, spokojenost v sexuálním životě
- 10. stres, zátěžové situace- zvládání, tolerance**, celkový způsob tolerance a zvládání stresu
- 11. víra-životní hodnoty**-individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry
- 12. jiné**“ (Pavlíková, 2006)



### **2.1.3 Ošetřovatelská anamnéza**

Ošetřovatelskou anamnézu jsem sepsala s pacientkou při příjmu dne 21. 10. 2014 mezi 10-11 hodinou, použila jsem tiskopis Ústavu ošetřovatelství 3. LF UK v Praze. Uvedené informace jsem získala rozhovorem s pacientkou, ošetřujícím personálem, pozorováním a ze zdravotnické dokumentace. Pacientka souhlasila s použitím získaných informací pro účely zpracování bakalářské práce, vše stvrdila podpisem.

#### **1. vnímání zdraví - udržování zdraví**

Pacientka má dětskou mozkovou obrnu s parézou DK, do 27 let ještě zvládala pohyb v domácnosti o berlích, nyní používá invalidní vozík. Přesun na vozík zvládá bez pomoci. Praktického lékaře navštěvuje pravidelně, léky na hypertenzi a anémii užívá dle doporučení. Na gynekologii ale nedochází, není u žádného lékaře registrovaná. Dle jejího sdělení si uvědomuje, že je to chyba. Pacientka v poslední době nepociťovala žádné změny zdravotního stavu, bolesti neměla. Paní J. byla přijata na chirurgické oddělení k plánované operaci plastice pupeční kýly, kde byl na UZ náhodně zjištěn tu ovaria, dále doplněno CT břicha a MP, pacientka přeložena na gynekologicko-porodnické oddělení k dovyšetření. Pacientce byla doporučena radikální operace.(HYE abd. cum AT billat, omentectomy, APPE), se kterou souhlasila. Pacientka je seznámena se svou diagnózou, sdělila mi, že si uvědomuje závažnost onemocnění.

#### **2. výživa – metabolismus**

Má ráda lehčí jídla, než klasickou českou kuchyni s omáčkami a knedlíky. Jako přílohu má radši brambory, rýži nebo těstoviny, maso libové a také ryby. Snaží se jíst menší porce, aby si udržela stejnou váhu. Tekutiny vypije denně kolem dvou litrů, má ráda ovocné šťávy, které si sama připravuje na odšťavňovači. Domnívá se, že jí dostatečné množství zeleniny a ovoce. V zimních měsících užívá multivitamíny a preparát Echinacea na podporu imunity. Pokožku má suchou, vlasy jemné, sliznice růžové, chrup nemá, používá horní i dolní protézu, výška: 160cm, váha: 90kg, BMI:35,1 - obezita 2. stupně.

Vyhodnocení nutričního stavu je 0 bodů, není potřeba kontaktovat nutričního terapeuta. (viz příloha ošetřovatelská anamnéza)

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové - 27bodů. U pacientky je nízké riziko vzniku dekubitů. (viz příloha ošetřovatelská anamnéza).

### **3. vylučování**

Doma neměla žádné potíže se stolicí, vyprazdňuje se pravidelně každý den, projímadla neužívá. Dle jejího sdělení močí bez obtíží, moč je čirá, světle žlutá.

### **4. aktivita – cvičení**

Udržování tělesné kondice je vzhledem k onemocnění DMO omezené, snaží se pravidelně cvičit podle Vojtovy metody a paže posiluje činkami. Bydlí v bezbariérovém bytě, osobní hygienu zvládá sama, s pomocí zvedáku se vykoupe ve vaně. Vaří nejčastěji manžel (má také DMO, ale dokáže se doma pohybovat s berlemi), sama ale také zvládá uvařit jednodušší jídla. Menší nákupy zvládá sama, pokud potřebuje potraviny z vyšších regálů často jí pomohou ostatní zákazníci. Pokud potřebuje větší nákup nebo v zimě, když je sníh, tak se domlouvá s pečovatelskou službou, kterou mají k dispozici v domě. Jemnou motoriku má zhoršenou, ale zvládá se stravovat sama. Je v plném invalidním důchodu, dříve pracovala v chráněné dílně a v laboratoři. Udržování domácnosti zvládá omezeně, zvládne mytí nádobí, vytírání podlahy. Úklid ve větší výšce nezvládne, žehlení jí moc nebaví. Volný čas vyplňuje učením se Angličtiny, zkouší hrát na elektrickou kytaru. S manželem chodí na rockové koncerty, jezdí na výlety. Ráda pracuje na počítači, zajímá se o grafiku, vytváří plakáty na koncerty.

Provedeno hodnocení testu základních všedních činností dle Barthelové :70 bodů- lehká závislost. (viz příloha ošetřovatelská anamnéza) Paní J. potřebuje dopomoc při koupání, především při přesunu do sprchy, dále při oblékání ponožek a obouvání. Pacientka se pohybuje pomocí invalidního vozíku, chůzi po rovině ani po schodech nezvládá.

Zjištění rizika pádu: pacientka má střední riziko pádu- 5 bodů. (viz příloha ošetřovatelská anamnéza) Paní J. používá pomůcky k pohybu (invalidní vozík), užívá rizikové léky (antihypertenzivum), má smyslovou poruchu (vrozená tupozrakost- nosí brýle), pobyt na oddělení prvních 24h po přijetí.

## **5. spánek – odpočinek**

Doma problémy se spánkem nemá, chodí spát ale pozdě, kolem jedné hodiny a vstává v deset hodin. Pokud musí vstávat brzy, tak s tím ale nemá problémy. Když nemůže doma usnout, tak si hraje na kytaru nebo na počítači, léky na spaní neužívá.

## **6. citlivost (vnímání) – poznávání**

Pacientka udává, že slyší dobře, zrak- je 4 roky po operaci katarakty obou očí a má vrozenou tupozrakost, nosí brýle. Jako kompenzační pomůcky používá invalidní vozík, doma zvedák na pomoc při koupání, kleštičky na podávání věcí, které nejsou na dosah. Má zubní protézu horní i dolní. Bolesti pacientka udává občasné v zádech, pomáhá jí cvičení. Slovní vyjadřování je trochu zpomalené, občas se zadržává.

## **7. sebezpojetí – sebeúcta**

Paní J. sama sebe vnímá jako zdravě sebevědomou a optimistickou, ale musela na sobě pracovat. Rodiče jí k tomu nevedli, chtěli, aby se držela zpátky. Maminka byla velmi úzkostlivá a nechtěla jí nechat osamostatnit se. Povedlo se jí to teprve, když se provdala.

Největší obavu měla pacientka z toho, aby se o závažnosti operace nedozvěděli rodiče. Chce jim to sama sdělit až po operaci. Byla ujištěna o tom, že pokud nemá rodiče uvedené v podávání informací o zdravotním stavu, tak jim lékař nic sdělovat nebude. Dále měla samozřejmě obavy z toho, co se zjistí v průběhu operace, protože u karcinomu ovaria se definitivně potvrdí diagnóza až po odběru vzorku na histologii.

## **8. role – vztahy**

Paní J. je vdaná. S manželem žije 23 let v bezbariérovém bytě. Děti nemají. Pacientka se domnívá, že je ve společnosti oblíbená, má hodně kamarádů. Plní roli dcery a manželky, role matky se jí nevyplnila. Rodina jí rozmluvila, aby měla

děti vzhledem k jejímu handicapu a ona sama uznala, že by to těžko zvládala. Vztah s rodiči hodnotí jako velmi hezký, akorát matka bývá někdy moc úzkostlivá. S manželem si rozumí, je spokojená, i když podle jejích slov je to už spíše kamarádský vztah. Je v plném invalidním důchodu, dříve pracovala v chráněné dílně a v laboratoři.

### **9. reprodukce – sexualita**

V sexuálním životě není moc spokojená, v jejím případě jí přijde moc stereotypní a nevyhovuje jí i četnost pohlavního styku. Menstruaci měla pravidelnou, občas bolestivou, někdy krvácela silněji. Těhotná nikdy nebyla.

### **10. stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance**

Dle sdělení pacientky stresové situace zvládá celkem dobře, věří, že zítra bude lépe. Rozhoduje se rychle. Cítí velkou podporu od manžela a od rodičů.

### **11. víra – životní hodnoty**

Je ateistka, její životní hodnoty jsou láska, rodina a přátelství. Snaží se brát vše s nadhledem. Zdravá vlastně nikdy nebyla, musela se s handicapem naučit žít a brát to tak jak to je. Chce si užívat života a s banalitami se nestresovat.

## 2.2 Průběh hospitalizace

Pacientka J. S. 47 let byla přijata 6. 10. 2014 na chirurgii k plánované operaci pupeční kýly. Při UZ vyšetření byl náhodně zjištěn tu ovaria. Provedeno CT břicha a malé pánve spirální technikou se závěrem: velké patologické ložisko tu se solidní a cystickou složkou vyrůstající z vaječníků, uterus myomatosus, zvětšené uzliny paraaortálně, zmnožené v malé pánvi, pupeční kýla.

Paní J. byla 8.10.2014 přeložena na gynekologicko-porodnické oddělení k naplánování opusu a provedení předoperačního vyšetření. Lékař seznámil pacientku s diagnózou a informoval jí s rozsahem operace, pacientka souhlasí.

Provedeno předoperační vyšetření: RTG S+P, EKG, ECHO srdce, odběr krve na biochemické vyšetření, hematologické vyšetření, vyšetření koagulace a onkomarkerů.

### Laboratorní hodnoty předoperačního vyšetření:

**Tabulka č. 2** Biochemické vyšetření ze dne 9. 10. 2014

Vyšetření	Výsledek	Jednotky	Referenční meze
Sodík	139	mmol/l	136-145
Draslík	4,4	mmol/l	3,8-5,3
Chloridy	<b>108</b>	mmol/l	96-106
Bilirubin celkový	6	umol/l	0-17
ALT	0,52	ukat/l	0,00—0,60
GMT	0,39	ukat/l	0,00-0,54
ALP	0,76	ukat/l	0,7-2,10
AST	0,35	ukat/l	0,00-0,50
CRP	<5	mg/l	0-5

**Tabulka č. 3** Hematologické vyšetření ze dne 9. 10. 2014

Vyšetření	Výsledek	Jednotky	Referenční meze
Erytrocyty	4,93	$10^{12}/l$	3,90-5,10
Hemoglobin	131	g/l	120-160
Hematokrit	0,38	arb.j.	0,37-0,48
Leukocyty	10,5	$10^9/l$	3,9-11,0
Trombocyty	<b>409</b>	$10^9/l$	150-400

**Tabulka č. 4** Koagulační vyšetření ze dne 9. 10. 2014

Vyšetření	Výsledek	Jednotky	Referenční meze
Quick	11,1	sec.	9,0-14,0
INR	0,93	arb.j.	0,80-1,20
APTT	<b>25,3</b>	sec.	28,0-40,0
APTT-index	0,84	arb.j.	0,80-1,20
D-dimery	181	ug/l	0-200
Fibrinigen koagul.	3,95	g/l	2,00-4,00

**Tabulka č. 5** Tumorové markery ze dne 9. 10. 2014

Vyšetření	Výsledek	Jednotky	Referenční meze
CEA	<0,5	ug/l	0,0-5,0
CA 19-9	<b>46,1</b>	kIU/l	0,0-37,0
CA 15-3	16,1	kIU/l	0,0-28,0
CA 125	<b>301,8</b>	kU/l	0,0-35,0

**RTG S+P:** rozšíření srdečního stínu doleva s prodlouženým obloukem levé komory – cor hypertonicum? se známkami městnání v malém oběhu. Skleroza aorty, doporučuji kontrolní snímek po úpravě stavu.

**ECHO srdce:** normální systolická funkce levé komory bez omezení EF, porucha diastolického plnění. Stopová mitrální regurgitace do nedilatované levé síně. Pravé oddíly menší než levé, nejsou přítomny známky klidové plicní hypertenze.

**USG:** děloha v AVF, zvětšená, nerovná, asi 75mm v průměru, EM CHO je s naznačenou tripple line 8mm v průměru, nad dělohou multilukulární cystická resistence vyplňující malou pánev a dosahující do poloviny vzdálenosti pupek oblouk

**Interní předoperační vyšetření:** výkonu schopna, riziko zvýšené, ale stav dobře stabilizovaný, odklad by riziko nesnížil, kardiopulmonálně je plně kompenzovaná, bandáže DK, prevence TEN, Betaloc 200 SR tbl. podat i v den výkonu, riziko odpovídá ASA II.

Pacientka objednána k operačnímu řešení 22.10. 2014, k hospitalizaci se dostaví 21.10. 2014 v 9.00 h do gynekologické ambulance v nemocnici.

(zdravotnická dokumentace)

## **1.den hospitalizace 21. 10. 2014**

Paní J. přichází s manželem na gynekologicko-porodnické oddělení v 10h z ambulance centrálního příjmu, kde byla přijata a byla s ní sepsána lékařská anamnéza, pacientka podepsala informovaný souhlas s hospitalizací. S pacientkou jsem sepsala ošetřovatelskou anamnézu, připnula jsem jí identifikační náramek, seznámila jsem jí s domácím řádem a právy pacientů. Dále jsem edukovala pacientku o tom, jak bude probíhat předoperační příprava. Jelikož je hospitalizovaná opakovaně, zná oddělení a ví, jaké může používat WC a koupelnu, aby tam mohla zajet s vozíkem. Pacientku jsem zavedla na pokoj a seznámila s jeho vybavením. Ve 12.30h seznámil primář a operátor pacientku s rozsahem operace a předali jí informovaný souhlas s operací a informovaný souhlas s podáním transfuze, které stvrdila podpisem. Poté jsem pacientce odebrala krev na izoserologické vyšetření a objednala 2j EM k operaci. Dále jsem pacientku opakovaně poučila o tom, že bude od půlnoci lačnit, o možnosti uložení cenností a jak bude probíhat operační den. Upozornila jsem jí, že bude po operaci na multioborové JIP a také aby si připravila s sebou hygienické potřeby a osobní věci. Ve 14h přišel anesteziolog, poučil pacientku o anestézii, premedikaci a předal informovaný souhlas s anestézií k podpisu. V 15h sanitářka provedla oholení operačního pole a vyčistila pupík benzínem. V 18.30h sestra pacientce podala očistné klyzma, po důkladném vyprázdnění se paní J. vysprchovala s pomocí sanitářky. Ve 20.00h sestra aplikovala pacientce miniheparinizaci Zibor 5000j.s.c.do zevní strany pravého stehna, dále jí zavedla do pochvy Betadine supp.vag. a podala Neurol 1 mg tbl.p.o. dle ordinace lékaře.

## **2.den hospitalizace 22.10.2014 ( 0. operační den)**

V 6.30h sestra změřila pacientce fyziologické funkce, TK: 140/85 torr, P: 76/min, TT:36,8°C a podala chronickou medikaci Betaloc 200 SR tbl. p.o., kterou pacientka zapila malým douškem vody. Sestra vše zaznamenala do zdravotnické dokumentace. Poté se paní J. vysprchovala s pomocí sanitářky. Sestra uložila na žádost pacientky cennosti do trezoru, vše zaznamenala do formuláře o cennostech, také od ní převzala hygienické potřeby a osobní věci, které bude potřebovat na multioborové JIP. V 8.00 h byla pacientce podána premedikace Neurol 1mg tbl.

p.o., kterou pacientka spolkla nasucho, dále sestra paní J. zavedla PŽK do PHK předloktí a aplikovala dle ordinace lékaře Unasyn 1,5g i.v. ve 100ml FR jako profylaxi infekce. Dále přiložila elastická obinadla k tříslům k prevenci TEN. Paní J. měla již sundané všechny šperky, nehty nebyly nalakované, byla odlíčená a vyndala si zubní protézu. Sestra pacientce pomohla obléknout ústavní košili a svléknout spodní prádlo. Poté zaznamenala do zdravotnické dokumentace podání premedikace, přiložení elastických obinadel, zavedení PŽK a aplikaci ATB, také sepsala ošetřovatelskou překládovou zprávu. Paní J. se vymočila na WC před odjezdem na operační sál. V 8.45h na pokyn z operačního sálu sestra se sanitářkou převezla pacientku na předsálí, pomohla jí převléknout se do otevřené košile z netkaného textilu a operační čepice. Předala paní J. spolu s dokumentací anesteziologické sestře.

**Operační protokol** ze dne 22. 10. 2014

**Zahájení operace:** 9.10 h

**Ukončení operace:** 11.10 h

**Diagnóza:** carcinoma ovarii

**Operační výkon:** Dutina břišní otevřena z dolní střední laparotomie rozšířené vlevo nad pupek, provedena hysterectomie, adnexectomie bilat., appendectomie, omentectomie, hernioplastica umbilicalis. (zdravotnická dokumentace)

V 11.30 byla pacientka přeložena na multioborovou JIP, spontánně ventilující, kardiopulmonálně kompenzovaná, somnolentní, pod vlivem doznívající anestezie, reaguje na oslovení, na bolest si nestěžuje. Paní J. byla napolohována na lůžku do mírně zvýšené polohy na zádech s podloženými dolními končetinami, dále se bude polohovat po 2h, v noci po 3h. Pacientka má zavedený ze sálu PMK Ch14, Redonův drén je vyvedený z pochvy, zatím odvedl 70ml serosangvinolentní tekutiny, drén z operační rány zatím odvedl 5ml serosangvinolentní tekutiny, slabě krvácí z pochvy, krytí operační rány je čisté, neprosakuje. Dále má zavedený od 22.10. 8.00h PŽK v předloktí PHK, ze sálu kape Plasmalyte 1000ml, infuze je napojena na infuzní pumpu rychlostí 200ml/h. Sestra napojila pacientku na monitor vitálních funkcí, s tří-svodovým EKG.



Sleduje se kontinuálně EKG křivka, puls, spO<sub>2</sub>, DF, intermitentně po 30min kontrola TK, po 3h TT. Zvlhčený kyslík je podáván obličejovou maskou 5 l/min. Dále se sleduje bilance tekutin po 12h, odpad z drénů, kontroluje se krytí operační rány, krvácení z pochvy a intenzita bolesti, která je hodnocena dle vizuální analogové stupnice (VAS 0-10).

FF ve 12.00h: TK: 130/80 torr, puls:80/min, dechů:18/min,TT: 37,2°C, spO<sub>2</sub>: 97%, podána infuze Paracetamol 1g ve 100ml FR i.v.

Ve 12.30h pacientka má nauzeu, 1x zvracela, bolusově podán Torecan 6,5mg i.v. dle ordinace lékaře, pacientka po 30 minutách udává úlevu, již nezvrací. Sestra kontroluje pravidelně intenzitu bolesti u pacientky po 2 hodinách.

Ve 13h pacientka udává bolest v místě operační rány, intenzita dle VAS 7, sestra aplikovala Dipidolor 1amp.s.c. dle ordinace lékaře, po 30 minutách pacientka udává zmírnění bolesti na VAS 2. Ve 14h odebrána krev na kontrolu krevního obrazu. Ve 14.30h infuze ze sálu dokapala, napojena další infuze Isolyte 1000ml, kape rychlostí 80ml/h. V 17h podána ATB i.v. Unasyn 1,5g ve 100ml FR, pacientka již může pít po douškách čaj, nebo nesycenou vodu. V 18h aplikován Paracetamol 1g ve 100ml FR i.v. dle ordinace lékaře.

FF v 18h: TK: 125/80 torr, puls:65/min, dechů: 17/min, TT:36,9°C, spO<sub>2</sub>:99%

V 19h sestra spolu se sanitářkou provedla celkovou hygienu pacientky na lůžku. Krytí operační rány je suché, zatím ponecháno. Kontrola funkčnosti elastických obinadel. Ve 20.00h aplikace Ziboru 5000 IU s.c. do zevní strany levé paže. Ve 20.30h paní J. udává bolest v místě operační rány, intenzita dle VAS 7, sestra aplikovala Dipidolor 1amp.s.c. dle ordinace lékaře, po 30 minutách pacientka udává zmírnění bolesti na VAS 2. Ve 24h aplikován Paracetamol 1g ve 100ml FR i.v. V noci sestra pacientce pomáhala při změně polohy po 3hodinách.

**Tabulka č. 6** Hematologické vyšetření ze dne 22. 10. 2014 ve 14.00h

Vyšetření	Výsledek	Jednotky	Referenční meze
Erytrocyty	<b>3,76</b>	10 <sup>12</sup> /l	3,80-5,20
Hemoglobin	<b>106</b>	g/l	120-160
Hematokrit	<b>0,33</b>	arb.j.	0,35-0,47
Leukocyty	<b>20,9</b>	10 <sup>9</sup> /l	3,9-11,0
Trombocyty	391	10 <sup>9</sup> /l	150-400

(zdravotnická dokumentace)

### 3.den hospitalizace 23.10. 2014 (1. pooperační den)

V 1.00h podána ATB i.v. ve 100ml FR. V 6h kontrolní odběr na KO, dále podán Paracetamol 1g ve 100ml FR i.v., dle ordinace lékaře.

FF v 6.30h: TK:140/85 torr, puls:74/min, dechů: 19/min, TT:36,6°C, spO2: 99%, podána chronická medikace Betaloc 200 SR tbl.

**Tabulka č. 7** Hematologické vyšetření ze dne 23. 10. 2014 v 6.00h

Vyšetření	Výsledek	Jednotky	Referenční meze
Erytrocyty	<b>3,07</b>	10 <sup>12</sup> /l	3,80-5,20
Hemoglobin	<b>90</b>	g/l	120-160
Hematokrit	<b>0,27</b>	arb.j.	0,35-0,47
Leukocyty	<b>16,9</b>	10 <sup>9</sup> /l	3,9-11,0
Trombocyty	375	10 <sup>9</sup> /l	150-400

(zdravotnická dokumentace)

V 7.00h sestra spolu se sanitářkou provedla celkovou hygienu na lůžku, sterilně vyměnila krytí operační rány. Redonův drén celkem odvedl 280ml serosangvinolentní tekutiny, vyměněn. Drén z operační rány odvedl 20ml serosangvinolentní tekutiny, vypuštění drenážního sáčku. Výměna krytí PŽK, místo vpichu je klidné. Přiložení elastických obinadel. V 7.30 pacientka udává bolest v operační ráně, intenzita dle VAS 7, sestra aplikovala Dipidolor 1 amp.s.c. dle ordinace lékaře, pacientka udává zmírnění bolesti po 30 minutách na VAS 2. V 9.00h podány ATB i.v. ve 100ml FR.

Paní J. přeložena v 11.00h z multioborové JIP na standardní oddělení gynekologie. Sestra z JIP předala informace a ošetrovatelskou překladovou zprávu o pacientce. Krytí operační rány je čisté, drén z operační rány a poševní Redonův drén odvádí serosangvinolentní tekutinu, slabě krvácí z pochvy, PMK Ch14 odvádí čirou koncentrovanou moč, pacientka má zavedený PŽK v předloktí PHK od operace, místo vpichu je klidné. Pacientka má nauzeu, po přesunutí na lůžko zvracela. V 11.30 podána dle ordinace lékaře infuze FR 500 ml + Torecan1amp vykapat po dobu 2 hodin.

FF ve 12.00h: TK:125/80 torr, puls:80/min, TT: 36,8°C. Sestra 3x denně kontroluje intenzitu bolesti u pacientky dle VAS.

Ve 13h pacientka udává bolest v místě operační rány intenzita dle VAS 5 . Dle ordinace lékaře aplikován Novalgin 5ml ve 100ml FR i.v., po 30 min. pacientka udává zmírnění bolesti na VAS 2. Ve 13.30 podána G 5% 500ml vykapat po dobu 2 hodin, cítí se lépe, nezvrací. Ve 14.00h fyzioterapeutka provedla s pacientkou rehabilitaci na lůžku, dechové cvičení, nácvik polohování na bok, cvičení DK pasivně (plantární a dorzální flexe, kroužení v kotnících, flexe a extenze v kolenou). Pacientku jsem poučila o nutnosti polohování z důvodu prevence dekubitů. Zvládne se sama polohovat s pomocí postranice a hrazdičky, při polohování jí pomáhám a podkládám jí DK antidekubitní podložkou při změně polohy po 2h přes den a po 3h v noci. V 15.00h přišel na návštěvu manžel, na žádost mu lékař podal informace o zdravotním stavu manželky.

Hodnocení dle stupnice Nortonové je 23 bodů- riziko vzniku dekubitu (částečně omezená schopnost spolupráce, zhoršený fyzický stav, leží, mobilita velmi omezená)

Hodnocení tesu základních všedních činností dle Barthelové :35 bodů- vysoce závislá (nezvládá se obléknout, vykoupat, osobní hygienu zvládne s pomocí, nezvládá použití WC, přesun z lůžka na židli, chůzi)

Paní J. jsou dále podávána ATB i.v. po 8h Unasyn 1,5g ve 100ml FR. Kontrola TK,P 3x denně, TT4x denně, P+V tekutin po 24 h, bilance je vyrovnaná, dieta: OS (čajová).

FF v 18.00h: TK:120/70 torr, puls: 72/min, TT: 36,5°C.

V 19h večerní hygiena provedena na lůžku s pomocí sestry a sanitářky. Přiložení elastických obinadel na DK. Ve 20h aplikována miniheparinizace Zibor 5000j.s.c. do zevní strany levého stehna. Ve 21.00h pacientka udává bolest intenzity dle VAS 6, aplikován Dipidolor 1 amp.i.m. dle ordinace lékaře, pacientka po 30 minutách udává zmírnění bolesti na VAS2.

#### **4. den hospitalizace 24. 10. 2014 (2. pooperační den)**

V 6h kontrolní odběr krve na KO. Paní J. se cítí slabá, má nauzeu, ale nezvrací. Dle ordinace lékaře podána infuze FR 500ml+1amp.Torecan, vykapat po dobu 2h.

FF v 6.30h: TK:115/70 torr, puls: 74/min, TT:36,6°C, podána chronická medikace Betaloc 200 SR tbl

V 7h jsem provedla hygienickou péči na lůžku, pacientka se snaží být aktivní, sama si umyla obličej a horní končetiny, záda promazány kafrovou masťou. Pacientka si vyčistila zubní protézu. Přiložení elastických obinadel. DK podloženy antidekubitní podložkou. Operační rána klidná, dezinfekce sterilními štětíčkami s Betadinou, sterilní krytí. Drén z operační rány odvedl za 24 hodin 10ml serosangvinolentní tekutiny, poševní redon odvedl 50ml serosangvinolentní tekutiny, z pochvy špinění, PMK Ch14 moč čirá, PŽK v PHK místo vpichu klidné dezinfekce a výměna krytí. V 8h pacientka udává bolest v místě operační rány, intenzita dle VAS 5. Dle ordinace lékaře podán Novalgin 5 ml ve 100ml FR i.v., pacientka po 30 minutách udává zmírnění bolesti na VAS 2. ATB jsou dále podávána i.v. po 8h.

Dle výsledků KO je indikováno lékařem podání 2x TRF erymasy. Sanitářka odnesla žádanku na transfuzní stanici s žádostí o dodání 1x TRF erymasy.

#### **Tabulka č. 8** Hematologické vyšetření ze dne 24. 10. 2014 v 6.00h

Vyšetření	Výsledek	Jednotky	Referenční meze
Erytrocyty	<b>2,56</b>	$10^{12}/l$	3,80-5,20
Hemoglobin	<b>80</b>	g/l	120-160
Hematokrit	<b>0,23</b>	arb.j.	0,35-0,47
Leukocyty	<b>12,4</b>	$10^9/l$	3,9-11,0
Trombocyty	378	$10^9/l$	150-400

(zdravotnická dokumentace)

Zkontrolovala jsem dokumentaci u TRF a u pacientky, změřila FF: TK:120/70 torr, puls: 80/min, TT:36,9°C a z PMK odebrala moč na biochemické vyšetření. V 9.30h jsem spolu s lékařem provedla malý křížový pokus u lůžka a dále biologickou zkoušku. Lékař pacientku poučil o možných nežádoucích reakcích, pacientka má v dosahu signalizaci. Po dokapání TRF v 10.40h opět kontrola FF, které jsou v normě a odběr moči na biochemické vyšetření. V 11.15h se opakuje další podání TRF, ukončení ve 12.15h. Podání TRF erymasy proběhlo bez nežádoucích reakcí. Pacientka se cítí lépe. Kontrola TK, P 3x denně, TT 4x denně, P+V a 24h, bilance vyrovnaná, dieta: 0 (tekutá). Ve 13h udává pacientka bolest intenzity dle VAS2 analgetika nepodána. Ve 13.30h fyzioterapeutka provádí rehabilitaci s pacientkou na lůžku, dechová cvičení, DK pasivně, izometrické cvičení pánevního dna.

V 14.30 přichází manžel i rodiče paní J. na návštěvu. Pacientka rodičům sdělila skutečný důvod operace.

FF v 18.00h: TK:135/70 torr, puls: 76/min, TT: 36,7°C

V 19h večerní hygiena provedena na lůžku. Přiložení elastických obinadel na DK. Ve 20.00 hodin aplikace miniheparinizace do zevní strany pravého stehna. Ve 20.30h pacientka udává bolest intenzity dle VAS 6, dle ordinace lékaře aplikován Dipidolor i.m., po 30 minutách pacientka udává zmírnění bolesti na VAS 1.

### **5.den hospitalizace 25.10.2014 (3. pooperační den)**

V 6.00h kontrolní odběr krve na KO. Pacientka se cítí lépe. V 6.45h ranní hygiena provedena ve sprše s pomocí sestry a sanitářky. Přiložení elastických obinadel na DK.

FF v 7.00h: TK:140/80 torr, puls:70/min, TT: 36,5°C, podána chronická medikace

Operační rána je klidná, dezinfekce a výměna krytí. Redonův drén odvedl za 24h 20ml, drén z operační rány odvedl 5ml, z pochvy pouze špinění. Po vizitě lékař oba drény odstranil s asistencí sestry. PMK Ch14 odvádí čistou moč, z důvodu zhoršené mobility zatím ponechán. PŽK z PHK po uspokojivém výsledku KO odstraněn, místo vpichu klidné. ATB Unasyn 375 mg podávány p.o. po 12 hodinách v 9.00 a 21.00h. V 9.00h pacientka udává bolest v operační ráně intenzita dle VAS 4, dle ordinace lékaře podán Novalgin tbl., pacientka udává po 30 min. zmírnění bolesti na VAS 1. Kontrola TK, P 3x denně, TT 4x denně, dieta:0 (tekutá).

FF ve 12.00h: TK: 130/80 torr, puls:68/min, TT:36,6°C

Fyzioterapeutka o víkendu nedochází na oddělení, rehabilitaci provádí sestra a také sama pacientka, která je poučena, jaké má provádět cviky.

V 13.00h pacientka udává bolest intenzity dle VAS2 analgetika nepodána. Na návštěvu přišel manžel a přinesl paní J. notebook. Pacientka měla radost, že se bude moci ve volných chvílích zabavit oblíbenou činností.

FF v 18.00h: TK: 125/75 torr, puls:74/min, TT: 36,8°C

V 19.00h večerní hygiena provedena ve sprše s pomocí sestry a sanitářky. Přiložení elastických obinadel na DK. Ve 20.00h jsem edukovala pacientku o postupu při aplikaci miniheparinizace a paní J. si vyzkoušela správné držení

injekce. Aplikovala jsem pacientce Zibor 5000j. s.c. do zevní strany pravého stehna. Ve 21.00h paní J. udává bolest dle VAS 5, dle ordinace lékaře aplikován Dipidolor 1 amp.i.m., po 30 minutách pacientka udává zmírnění bolesti na VAS 1.

**Tabulka č.9** Hematologické vyšetření ze dne 25.10. 2014 v 6.00h

Vyšetření	Výsledek	Jednotky	Referenční meze
Erytrocyty	<b>3,55</b>	10 <sup>12</sup> /l	3,80-5,20
Hemoglobin	<b>107</b>	g/l	120-160
Hematokrit	<b>0,31</b>	arb.j.	0,35-0,47
Leukocyty	<b>12,0</b>	10 <sup>9</sup> /l	3,9-11,0
Trombocyty	395	10 <sup>9</sup> /l	150-400

(zdravotnická dokumentace)

#### **6.den hospitalizace 26.10. 2014 (4. pooperační den)**

V 6.30 ranní hygiena provedena ve sprše s pomocí sestry a sanitářky. Přiložení elastických obinadel na DK.

FF v 7.00h: 125/70 torr, puls: 68/min, TT:36,7°C, podána chronická medikace.

Pacientka se cítí lépe, bolest v operační ráně udává mírnou, intenzita dle VAS 2, analgetika nepodána. Operační rána je klidná, výměna krytí, z pochvy nekrvácí, PMK odvádí čirou moč. Kontrola TK,P 2x denně, TT2x denně, ATB p.o. po 12 hodinách, dieta:1 (kašovitá). Na jídlo se přesouvá na invalidním vozíku do jídelny, poté ještě vydrží sedět asi 1 hodinu. Ve 13h pacientka udává bolest dle VAS 1 analgetika nepodána. Ve 14.00h rehabilitace provedena se sestrou.

V 15.00h přišel na návštěvu manžel s rodiči a přinesli paní J. chlebíčky. Musela jsem je upozornit, že pacientka zatím může pouze kašovitou stravu, vhodné jsou jogurty, přesnídávky.

FF v 18.00h: TK: 140/70, puls:70/min, TT:36,5°C

V 19.00h večerní hygiena provedena ve sprše s dopomocí. Přiložení elastických obinadel na DK. Ve 20h pacientka nejprve vyzkoušela techniku aplikace injekce se zakrytou jehlou a potom se jí podařilo správně aplikovat miniheparinizaci do zevní strany levého stehna. Ve 20.30h pacientka udává bolest v operační ráně intenzita dle VAS 3. Podán Novalgin tbl. p.o. dle ordinace lékaře, po 30 minutách pacientka udává zmírnění bolesti na VAS 1.

### **7.den hospitalizace 27.10.2014 (5. pooperační den)**

V 7.00h ranní hygiena provedena ve sprše s dopomocí. Přiložení elastických obinadel na DK. Pacientka se cítí dobře, bolesti dle VAS 2, analgetika nepodána.

FF v 7.30h: TK: 135/70 torr, puls:72/min, TT: 36,9°C, podána chronická medikace, Tardyferon 1 tbl.

Operační rána je klidná, sestra vyměnila krytí, z pochvy nekrvácí. V 9.00h PMK Ch14 odstraněn. V 10.30h paní J. močí bez obtíží, zvládá se sama přesunout z vozíku na WC. Dále jsou podávána ATB p.o. a 12 hodin, kontrola TK,P a TT 2x denně, dieta 2 (šetřící). Pacientka zatím neměla stolici, peristaltika slyšitelná. Dle ordinace lékaře podána 1 lžice Laktulosity 3x denně, večer již měla stolici, přesun na WC zvládla sama. Fyzioterapeutka provedla s pacientkou dechovou rehabilitaci na lůžku, izometrické cvičení pánevního dna, DK cvičení pasivně, nácvik přesunu z lůžka na vozík, péče o operační jizvu. Ve 13h pacientka udává intenzitu bolesti dle VAS 2, analgetika nepodána. Ve 14.00h přišel na návštěvu manžel.

FF v 18.00h: TK: 120/80, puls: 78/min, TT: 36,8°C

V 19.00h večerní hygiena ve sprše s dopomocí. Přiložení elastických obinadel na DK.

Ve 20.00h si pacientka samostatně aplikovala Zibor 5000j.s.c. do zevní strany pravého stehna pod dohledem sestry.

Ve 21.00h udává pacientka bolest intenzity dle VAS 3, dle ordinace lékaře podán Novalgin 1 tbl, po 30 minutách pacientka udává zmírnění bolesti na VAS 1. Paní J. spala celou noc.

### **8.den hospitalizace 28.10. 2014 ( 6. pooperační den)**

FF v 6.30h: 145/80, puls:78/min, TT: 36.6°C, podána chronická medikace, Betaloc 200 SR tbl., Tardyferon 1 tbl.

V 7.00h ranní hygiena ve sprše s pomocí. Přiložení elastických obinadel na DK. Bolesti mírné, intenzita bolesti dle VAS 2, analgetika nepodána. Operační

rána je klidná, bez zarudnutí, pouze s drobnými hematomy, vyměnila jsem krytí. Močí spontánně, stolice pravidelně. Dle ordinace lékaře kontrola močového rezidua. Za aseptických podmínek jsem pacientku vycévkovala po vymočení, reziduum 20 ml. Lékař rozhodl o propuštění do domácí péče.

Hodnocení testu základních všedních činností dle Barthelové: 70 bodů- lehká závislost (soběstačná v příjmu potravy a tekutin, s pomocí se zvládne obléknout, vykoupe se s pomocí, samostatně zvládne osobní hygienu, použití WC, zvládá přesun z lůžka na židli, chůzi po rovině a po schodech nezvládá)

Poučila jsem pacientku o režimových opatřeních, které je potřeba dodržovat po dobu 6 týdnů od operace. Vhodná je celková hygiena ve sprše, koupání ve vaně je nevhodné, abstinence pohlavního styku. Doporučené jsou krátké procházky a běžná sebeobsluha, pokračovat ve cvičení, které se naučila s fyzioterapeutkou. Vyvarovat se vyvíjení nadměrného nitrobřišního tlaku, vstávat z lehu přes bok, zabránit zácpě, léčit dráždivý kašel, nezdvihat břemena nad 2 kg a neprovádět prudké pohyby. Pacientka již nebude mít dietní omezení, vhodné je jíst častěji po malých porcích, vyhnout se nadýmavým, dráždivým, kořeněným a těžko stravitelným potravinám. Operační ránu již není třeba ničím zakrývat, důležité je sprchování vlažnou vodou, může se používat neparfémované mýdlo. Po vyjmutí stehů jsou vhodné tlakové masáže rány (poučena fyzioterapeutkou), které podpoří pevnost jizvy a zlepší její vzhled. Také je možné ránu zvláčnit namazáním neparfémovaným krémem nebo nesoleným vepřovým sádlem. Paní J. je domluvená s ošetřovatelkou, která jí bude pomáhat při celkové hygieně ve sprše doma.

Lékař předal pacientce propouštěcí zprávu a recept na ATB a miniheparinizaci, kterou si bude po dobu třech týdnů sama aplikovat. Přikládání elastických obinadel na DK již není potřeba.

Lékař poučil paní J. o nežádoucích projevech v pooperačním období. Je to silné zarudnutí, odchod většího množství tekutiny nebo rozestup operační rány, teplota nad 38,0°C, stupňující se bolesti, zástava odchodu plynů a stolice, opakované zvracení, silné krvácení z rodidel a bolestivé močení. Při těchto komplikacích je nutné co nejdříve vyhledat lékaře.

Pacientka je objednána za 4 dny do naší ambulance k odstranění stehů. Ve 13.00h paní J. odchází v doprovodu rodičů, manžel na ní čeká doma.



## **2.3 Ošetřovatelské problémy**

### **2.3.1 Akutní bolest**

„Bolest je nepříjemný sensorický a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poraněním tkáně, nebo popisovaný jako takové poranění.“

(definice dle IASP)

Nocicepce znamená vjem bolesti, je výsledkem stimulace nociceptorů, které jsou citlivé na poranění a jsou umístěny v kůži nebo ve stěnách vnitřních orgánů. Nociceptory vysílají zprávy pomocí nervových impulzů k jiným nervům, které přepraví zprávu do míchy a mozku. Proces aktivuje mimovolní reakce způsobené bolestivými podněty. Je to zvýšený krevní tlak, zrychlený pulz, zrychlené dýchání nebo zadržování dechu, flexe svalů postižené části těla. Nocicepce má čtyři fáze. Transdukce znamená přeměnu mechanické, chemické nebo tepelné informace na elektrickou aktivitu nervového systému. Při transmisi předají depolarizované neurony elektrické impulzy do centrální nervové soustavy. Percepce bolesti a jiných sensorických podnětů je dynamická a proměnlivá v závislosti na stupni vývoje člověka, jeho prostředí, nemoci nebo poranění. Modulace znamená vnitřní a vnější způsoby snížení či zvýšení bolesti. Prožitek bolesti je ovlivněný kulturním a náboženským prostředím, předvídáním bolesti, předchozími zkušenostmi s bolestí, nejrůznějšími kognitivními a emocionálními faktory a souvislostmi, ve kterém se bolest objevuje. Pacient může mít velmi odlišný práh a toleranci k bolesti, očekávání a způsoby vyjadřování bolesti. (kol. autorů, 2006)

Bolest neumíme objektivně změřit, ale musíme ji pacientovi věřit. Akutní bolest je dobře lokalizovatelná, reakce je podobná jako při stresu, velmi psychicky zatěžuje, obvykle dobře reaguje na analgetika. Zpravidla trvá několik hodin až dnů, max. 3 měsíce. Vzniká okamžitě po bolestivém podnětu na základě poškození tkáně nebo orgánu, mechanicky nebo nemocí. U pacientů po operaci je důležitá včasná a dostatečná analgezie, která snižuje pooperační komplikace, pomáhá při mobilizaci nemocného a zkracuje dobu hospitalizace.

(Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014)

Faktory, které ovlivňují intenzitu, délku a charakter pooperační bolesti jsou:

- lokalizace, rozsah a trvání výkonu
- fyzický a psychický stav
- edukace před operací
- předoperační farmakologická příprava
- typ anestézie
- léčba bolesti
- výskyt komplikací

Sestra nemá pravomoce v rozhodování o indikaci analgetik, ale má zásadní postavení v oblasti diagnostiky a hodnocení účinnosti léčby bolesti. Sestra je nejčastěji první v kontaktu s pacientem, proto by měla umět naslouchat, vyhodnocovat, informovat a edukovat. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2014)

Existuje mnoho druhů hodnotících škál, vždy je potřeba přihlídnout na věk, zrak, schopnost číst a schopnost porozumění hodnocení intenzity bolesti

Pacientku jsem seznámila s hodnocením bolesti dle vizuální analogové stupnice (VAS 0-10). Paní J. určila lokalizaci, intenzitu, charakter bolesti, časový průběh, vyvolávající, zhoršující a úlevové faktory. Po aplikaci analgetik hodnotila jejich účinnost s časovým odstupem po 30 minutách.

Do 2. pooperačního dne jsou paní J. aplikována dle ordinace lékaře analgetika Novalgin 5ml i.v. ve 100ml FR. Na noc, nebo při silné bolesti Dipidolor 1 amp. i.m. dle hodnocení VAS. Od 3. dne po operaci dostává pacientka dle ordinace lékaře analgetika Novalgin tbl.p.o., při silné bolesti Dipidolor 1 amp. i.m. dle hodnocení VAS. Paní J. jsem poučila o úlevových polohách na boku nebo na zádech s pokrčenými DK a přidržování operační rány při odkašlávání, posazování na lůžku přes bok, vzepřít se HK o lůžko se současným svěšením DK z lůžka.

Při propuštění je pacientka informována lékařem o tom, že může i doma přetrvávat bolestivost v místě operační rány, měla by mít ale tendenci k pozvolnému ústupu. Pro snížení bolesti jsou dostačující běžně dostupná analgetika (např. Paralen, Ibalgin, Diclofenac), léky užívat dle doporučení v příbalovém letáku.

## 2.3.2 Edukace

„Učení je proces, ve kterém jedinec získává individuální zkušenosti. Učí se přizpůsobovat novým životním situacím a novým formám chování.

Pojem edukace je převzat z latinského jazyka, znamená vést vpřed, vychovávat. Je to proces, který ovlivňuje chování a jednání jedince. Má za cíl pozitivně rozvíjet jeho vědomosti, dovednosti, postoje a návyky. Ve zdravotnictví edukace přispívá k předcházení nemoci, udržení či navrácení zdraví nebo ke zkvalitnění života pacienta.“ (Juřeníková 2010; s. 9-13)

### Fáze edukace:

- 1. počáteční diagnostika** – sběr informací, zjištění edukačních potřeb pacienta

Subjektivní informace nám poskytne edukant, objektivní informace lze ověřit měřením, pozorováním a testováním. Zdrojem informací může být také rodinný příslušník, doprovod, zdravotnický pracovník, zdravotnická dokumentace. Je nutné informace správně, přehledně a systematicky roztrždit, abychom určili souvislosti k odhalení edukačních potřeb. Edukační potřeba je nedostatek v oblasti vědomostí, dovedností, návyků a pozitivních postojů ke svému zdraví.

- 2. projektování** – naplňování cíle, metody, formy a obsahu edukace

Vymezujeme si přesné cíle edukace, zvažujeme, koho do edukace zahrneme, všímáme si chování edukanta, zvažujeme, co bude obsahem edukace. Je nutné zvolit metody a formy edukace, nezbytnou podmínkou je multidisciplinární spolupráce celého zdravotnického týmu.

- 3. realizace** – motivace klienta, předávání informací, aktivní účast pacienta

Realizace edukace vychází z plánu edukace, vše by mělo směřovat k naplnění cíle edukace. Proto je důležité realizovat edukaci na základě předem připraveného plánu.

- 4. upevnění a prohlubování učiva** – systematické opakování a procvičování

## 5. hodnocení – jakého bylo dosaženo efektu a výsledku edukace, zpětná vazba

Formativní hodnocení je zaměřeno na odhalování chyb a nedostatků v průběhu edukace. Každý je hodnocen individuálně, není srovnáván s ostatními. Tento způsob hodnocení je velmi často využíván ve zdravotnictví.

Sumativní hodnocení se provádí na konci určitého období. Cílem je vyhodnotit pokroky edukanta. V celoživotním vzdělávání má podobu zkoušek.

(Juřeníková 2010)

Pacientce bylo průběžně podáváno velké množství informací po celou dobu hospitalizace. Na počátku hospitalizace byla seznámena s domácím řádem a právy pacientů, sestra pacientku provedla po oddělení, ukázala jí kde je bezbariérová toaleta a koupelna. Lékařem byla informována o průběhu operace, možnosti podání transfúze po operaci a plánovaném pobytu na multioborové JIP. Dále jsem pacientku seznámila s předoperační přípravou. Sanitářka přijde pacientku oholit, vyčistí jí pupík. V 18.30 jí sestra podá očistné klyzma, aby se důkladně vyprázdnila. Ve 20h jí bude aplikována injekce z důvodu prevence TEN a dostane večerní premedikaci. Opakovaně byla poučena, že od půlnoci nebude jíst, pít ani kouřit. Anesteziolog informoval pacientku o narkóze a premedikaci. Po operaci byla paní J. edukována o způsobu hodnocení bolesti dle vizuální analogové stupnice (VAS 1-10) o aplikaci analgetik a další medikace dle ordinace lékaře. Sestra pacientku informovala, jaké má invazivní vstupy a proč jsou zavedené. Lékař seznámil paní J. a také manžela s průběhem operace. Dále byla seznámena s dietním režimem, sledováním bilance tekutin, pohybovým režimem. Před podáním TRF erymasy lékař poučil pacientku o nežádoucích projevech, pacientka měla na dosah signalizaci.

Fyzioterapeutka naučila pacientku cviky, které jsou vhodné po operaci:

**dechové cvičení** - břišní dýchání - ruce položit na břicho, nádech do břicha, rukama vnímáte zdvihání břišní stěny, ruce nedávají žádný odpor

horní hrudní dýchání - ruce položit pod klíční kosti, při nádechu lze rukama klást mírný odpor

**cvičení pánevního dna** - leh na zádech, nohy pokrčené, vtáhnout pochvu, konečník a močovou trubici dovnitř těla

**DK prevence TEN cvičení pasivně** (z důvodu parézy DK)- leh na zádech, nohy natažené, přitahovat a napínat špičky, kroužky v kotnících, střídavě krčit a natahovat levou a pravou DK.

Třetí den po operaci lékař pacientku poučil o tom, že bude i po propuštění do domácího ošetřování pokračovat v aplikaci miniheparinizace, protože je u ní zvýšené riziko tromboembolie z důvodu pooperačního stavu a částečné imobility po DMO.

3. den po operaci jsem nejdříve pacientku seznámila s tím, jak by probíhala edukace a zeptala jsem se jí, jestli si již někdy aplikovala injekci. Paní J. mi sdělila, že to nikdy nezkoušela, ale chtěla by se to naučit. Dále jsem se jí zeptala, zda se dozvěděla, proč je nutné, aby si miniheparinizaci dále aplikovala. Pacientka mi řekla, že z výkladu lékaře nepochopila co je to tromboembolie. Stručně jsem paní J. zopakovala co je to TEN. Pacientka mi poté sdělila, že to již pochopila. Naplánovala jsem spolu s pacientkou, že v 16h bychom začaly s teoretickou částí edukace, cílem bylo, aby znala místa aplikace injekce miniheparinizace.

Paní J. ležela na čtyřlůžkovém pokoji, zajistila jsem jí soukromí zatažením zástěny a posadila jsem se na židli vedle lůžka. Na přání pacientky byl u edukace také přítomen její manžel. Seznámila jsem paní J. s místy možné aplikace miniheparinizace a názorně jsem je ukázala. Byla to zevní strana stehů (ta byla pro pacientku nejvhodnější), anterolaterální strana břicha (doporučila jsem používat až po odstranění stehů z operační rány), zevní strana paže (tato aplikace by byla možná pouze s pomocí, kdyby druhá osoba podržela kožní řasu), místa vpichu bylo potřeba střídat. Dále jsem s pomocí edukačního letáku s obrázkovou návodou pacientku seznámila s jednotlivými kroky aplikace miniheparinizace. Požádala jsem paní J., aby mi ukázala místa možné aplikace, pacientka si je zapamatovala správně. Edukace trvala 10min, její obsah jsem stručně zaznamenala do dokumentace. Naplánovala jsem společně s paní J., že bychom ještě pokračovaly v praktické edukaci v době aplikace miniheparinizace, cílem bylo znát zásady při aplikaci injekce.

V 19.50h jsem připravila pomůcky k aplikaci miniheparinizace společně s předplněnou stříkačkou se Ziborem 5000j. Edukace probíhala na pokoji, soukromí jsem zajistila zatažením zástěny, pacientku jsem napoložovala do polosedu s pomocí elektrického lůžka. Pacientka si vyzkoušela správné držení

injekce a držení kožní řasy. Paní J. jsem ukázala praktické provedení aplikace miniheparinizace současně se slovním doprovodem. Ukázala jsem pacientce místo vpichu do zevní strany pravého stehna, otřela čtverečkem s dezinfekcí, odstranila jsem ochranný kryt z injekční stříkačky, podržela jsem kožní řasu, úhel vpichu byl 90°, upozornila jsem pacientku na to, že se neprovádí aspirace, aplikovala jsem lék, vytáhla jsem jehlu a přiložila jsem odezinfikovaný čtvereček. Dále jsem paní J. informovala o tom, aby nemasírovala místo vpichu. Injekci jsem odložila do kontejneru na ostré předměty. Pacientka teoreticky popsala zásady při aplikaci injekce a vyzkoušela si správné držení injekce. Paní J. chtěla vědět, jak by likvidovala použité injekce doma. Doporučila jsem jí, aby odkládala injekce do uzavíratelné plastové nádoby. Edukace trvala 10 min., provedla jsem záznam do dokumentace. Na další den jsem spolu s pacientkou naplánovala, že by si již vyzkoušela praktickou aplikaci injekce.

4. den po operaci jsem pacientku edukovala v 19.50h na pokoji, zatáhla jsem zástěnu, paní J. seděla na vozíku. Nejdříve jsem teoreticky zopakovala techniku aplikace miniheparinizace. Pacientka si nejdříve vyzkoušela techniku aplikace se zakrytou jehlou a poté se jí podařilo, že pomaleji a s mírně roztřesenou rukou aplikovala Zibor 5000j.s.c. do zevní strany levého stehna, pouze se nechtěla dívat na místo vpichu. Při aplikaci injekce jsem jí radila jednotlivé kroky. Pacientka aplikaci injekce zvládla s malými problémy, ale postup dodržela správně. Paní J. mi sdělila, že byla velmi nervózní, ale po aplikaci injekce již z toho měla dobrý pocit. Edukace trvala 10 min., provedla jsem záznam do dokumentace. S pacientkou jsme naplánovaly, že by si další den již samostatně aplikovala injekci a věnovala by se jí sloužící sestra.

5. den po operaci sestra paní J. edukovala v 19.55h. Nejdříve sestra zopakovala, jaká jsou místa aplikace miniheparinizace a názorně je ukázala. Pacientka teoreticky zopakovala postup aplikace injekce a samostatně pod dohledem sestry aplikovala injekci do zevní strany pravého stehna. Ruka se jí již netřásla a dívala se i na místo aplikace. Dle sdělení sloužící sestry pacientka znala správný postup při aplikaci injekce a již bez problému samostatně zvládla aplikaci miniheparinizace. Edukace trvala 5min., sestra provedla záznam do dokumentace.

6. den po operaci byla pacientka propuštěna. Předala jsem paní J. edukační leták, kde jsou popsány jednotlivé kroky aplikace včetně obrázkové nápovědy, aby si doma mohla snadno připomenout postup. Pacientka mi sdělila, že zpočátku

měla velké obavy, že to nezvládne. Po první aplikaci injekce z ní strach spadl a zjistila, že to vlastně nebylo nic těžkého. Pacientka splnila cíl, který jsme si společně stanovily. Paní J. zvládla samostatně aplikaci miniheparinizace, znala místa aplikace a zásady při aplikaci antikoagulační léčby. Lékař předal pacientce recept na miniheparinizaci a poučil jí o nežádoucích projevech antikoagulační léčby.

### 2.3.3 Psychologická problematika

Nemoc, která významně snižuje kvalitu našeho života, je velmi náročnou životní situací. Mohou to být chronická onemocnění, dále onemocnění, která postihují intimní oblasti těla, chirurgické výkony, které zásadně zasahují do organismu, zdravotní postižení, které významně omezuje hybnost, ztráty některého smyslu.

Zhoubná nádorová onemocnění jsou často vnímána jako „nevléčitelné onemocnění“ vedoucí k předčasné smrti. Dále jsou spojována jako onemocnění s narůstající bolestí, strádáním a omezením v psychologické a sociální rovině a také s vyčerpávající léčbou. Nemocný potřebuje dostatek času, aby se vyrovnal se změněnou zdravotní a životní situací. Dále také musí zvládat úzkost z budoucnosti, z možných sociálních ztrát a pocitu izolace. Onkologické onemocnění výrazně zasahuje do zaběhnutého životního stylu, může vést až k poruchové maladaptivní odezvě. (Jobánková, 2003)

Pacient, kterému je sdělena onkologická diagnóza postupně prochází různými fázemi psychické odezvy na závažný zdravotní stav. Tyto fáze jsou definovány dle teorie Kübler-Rossové, mohou se u pacienta opakovat, některé zcela chybět.

**Šok** je velmi emočně silná odpověď organismu na sdělení nepříznivé zprávy, pacient je překvapený a zaskočený. Komunikace s ním je velmi ztížená, zapamatuje si pouze malé množství informací, které jsou mu sděleny. Důležitá je podpora v naději a porozumění.

**Popření** znamená, že pacient se nechce smířit se svou diagnózou, domnívá se, že došlo k omylu, nevěří zdravotníkům. Důležité je dávat podporu a snížit jeho sebeobviňování.

**Agrese** se projevuje zlostí vůči ostatním, pacienti přestávají komunikovat, nebo jsou se vším nespokojeni. V komunikaci je potřeba trpělivost a získat pacienta ke spolupráci.

**Smlouvání** znamená upnutí se k vyšší autoritě, získání času ke splnění svých úkolů. V komunikaci je důležité vyslechnutí a podpora jeho proseb a přání, víru v dobrý výsledek léčby.

**Deprese** je nejtěžší fáze psychické odezvy. Pacient pociťuje strach, úzkost, beznaděj, psychicky velmi strádá. Tato fáze je velmi nebezpečná a je potřeba léčba psychofarmaky.

**Smíření** znamená zklidnění vypjatých emocí, psychické uvolnění. Pacient již dokáže mluvit o své nemoci a spolupracuje na léčbě.

Sestra, která pracuje s onkologickými pacienty by měla mít na mysli, že to jsou lidé psychicky zdraví, ale mohou se načas chovat neočekávaně, patologicky. Pokud si pacient odreagovává své negativní emoce, je důležité zachovat klid. Snažit se udělat si chvilku času na vyslechnutí jejich pocitů, důležité je chválit a povzbuzovat. Aktivně se zajímat o jejich osobu, komunikovat s nimi přiměřeně k jejich věku, nemít obavy z dotyku na bezpečných částech těla.(ruka, zápěstí, rameno). Sestra by měla pamatovat i sama na sebe, protože své pacienty může dobře ošetřovat, když bude sama v dobré psychické a fyzické kondici.

(Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012)

Hospitalizace je pro pacienta obvykle novým zážitkem, do nemocnice přichází ve stavu vnitřní úzkosti, je zmatený, plný obav z budoucnosti. V nemocničním prostředí ztrácí svou sociální identitu. Stává se cílem péče mnohých lidí (lékařů, sester atp.), kteří jsou nyní hlavními aktéry v jeho životě. Nemůže dělat, co by sám chtěl, ale to co mu druzí lidé určí. Očekává se, že bude se zdravotníky spolupracovat. Musí si zvyknout na jiný životní rytmus, dělá činnosti, které neovládá, snižuje to jeho sebevědomí a sebehodnocení. Je zde v relativní sociální izolaci, stýká se s neznámými lidmi, kontakt s rodinou má značně omezený. Vyskytuje se v neznámém prostředí, kde je mu vše cizí. Jeho zájmy se podstatně zužují s ohledem na jeho zdravotní stav. Pacient moc nerozumí svému fyzickému a psychickému stavu, ztrácí nad ním vládu. Pociťuje negativní emoce, jako strach, obavy, bolest, nejistotu atp. Žije převážně přítomností, budoucnost je pro něj nejistá. (Křivohlavý, 2002)



Pacientka se dozvěděla podezření na diagnózu karcinomu ovaria v době, kdy nepocítovala žádné potíže, cítila se zdravá. Bylo tedy pro ni velmi složité se v tak krátké době od stanovení diagnózy do zahájení léčby vyrovnat s řadou sociálních a seberealizačních omezení. Paní J. se musela adaptovat na nemoc a nemocniční prostředí. Změnila se její sociální role a byla nucena se vyrovnat s odloučením od rodiny. Pro podporu dobré psychické pohody je důležité pacientku důkladně seznámit s prostředím a režimem oddělení, poskytnout dostatečné množství informací a prostor na kladení otázek. Respektovat individuální potřeby, nárok na soukromí, umožnit kontakt pacientky s její rodinou. Důležitá je také aktivizace, dostatek podnětů pro duševní činnost, dávat najevo porozumění, pochopení, poskytnout bezpečí a jistotu.

Pacientka se obávala operačního výkonu, potvrzení diagnózy zhoubného onemocnění a vzniku možných komplikací. Také měla obavy ze zhoršení její soběstačnosti, nechce být závislá na svých nejbližších. Požádala jsem lékaře, aby s pacientkou znovu promluvil o operaci a dalším průběhu. Pacientku jsem opakovaně seznámila o tom, jak bude probíhat předoperační příprava a co jí čeká po operaci. Snažila jsem se paní J. pozitivně naladit, povídaly jsme si o její rodině a také jaké má zájmy, koníčky. I přesto, že měla pacientka strach ze zhoubného onemocnění, komunikace s ní byla příjemná, snažila se ve všem spolupracovat. Nechtěla, aby se rodiče před operací dozvěděli o její diagnóze. Měla obavy o jejich zdraví. Pravý důvod operace jim sdělila až při jejich návštěvě v nemocnici. Paní J. má štěstí, že rodina je jí velkou oporou, manžel za ní docházel na návštěvu do nemocnice každý den. Pokaždé bylo poznat, že se jí zlepšila nálada, nosil jí časopisy, denní tisk a také jí přinesl její oblíbený notebook, vždy si spolu dlouho povídali. Pacientka se již těší na návrat domů, až selepší její zdravotní stav, tak budou zase chodit na koncerty na jejich oblíbenou kapelu.

## ***2.4 Dlouhodobá péče***

Pacientka byla hospitalizována na gynekologicko-porodnickém oddělení od 21. 10. 2014 do 28. 10. 2014, propuštěna byla 6. den po operaci. Domluvila se den předem s rodiči, kteří pro ni přijedou autem, jelikož svoje nemají. Manžel na ni čeká doma.

Pacientku jsem poučila o režimových opatřeních, které je potřeba dodržovat po dobu šesti týdnů od operace. Vhodná je celková hygiena ve sprše, koupání ve vaně nebo v bazénu je nevhodné. Abstinence pohlavního styku. Krátké procházky, běžná sebeobsluha je vhodnou součástí pooperační rehabilitace, doporučeno je pokračovat ve cvičení, které se naučila s fyzioterapeutkou. Vyvarovat se vyvíjení nadměrného nitrobrišního tlaku, vstávat z lehu přes bok, zabránit zácpě (dostatek tekutin, potraviny s vlákninou), léčit dráždivý kašel. Nezdvíhat těžká břemena nad 2 kg a neprovádět prudké pohyby.

Není již potřeba dietní omezení, doporučeno je jíst častěji po malých porcích, vyhnout se nadýmavým, dráždivým, kořeněným a těžko stravitelným potravinám.

Dbát na pravidelné vyprazdňování moči a stolice. V případě průjmu po užívání antibiotik je vhodné doplnění stravy o probiotika, při zácpě používat šetrná projímadla (např. Lactulóza).

Operační ránu již není potřeba zakrývat, doporučuje se sprchovat vlažnou vodou, po odstranění stehů jsou vhodné tlakové masáže. Po přiložení jednoho až dvou bříšek prstů ruky na ránu je vyvinut jemný tlak po dobu 20 až 30 sekund, následně jsou prsty posunuty o svou šířku a celý postup se zopakuje. Ránu je možné zvláčnit namazáním neparfémovaným krémem nebo nesoleným vepřovým sádlem. Není již potřeba přikládat elastická obinadla na DK.

Pacientka bydlí v bezbariérovém bytě. V domě mají k dispozici pečovatelskou službu. Paní J. je domluvená s pečovatelkou, která jí bude pomáhat s celkovou hygienou ve sprše.

Lékař předal paní J. propouštěcí zprávu a recept na ATB a miniheparinizaci.

Dále seznámil pacientku s nežádoucími účinky antikoagulační léčby. Nejčastěji to může být tvorba hematomů, skvrny na kůži, svědění. Dále se může vyskytnout alergická reakce ve formě kožní vyrážky, kopřivky nebo podlitin. Také se může objevit neobvyklé krvácení, například krev v moči nebo ve stolici, krvácení z úst, dásní a nosu. Pokud se vyskytne některý z nežádoucích projevů, je nutné informovat svého lékaře.

Seznámil jí s výsledkem histologického vyšetření, kde byl potvrzen mucinózní karcinom pravého ovaria pT1a NX M0. Dále jí předal kontakt na

gynekologa, protože pacientka k žádnému nedocházela, měla by se s ním co nejdříve domluvit na kontrole do 14 dnů po operaci. Objednal pacientku na odstranění stehů 10. den po operaci do ambulance v nemocnici a také na konzultaci na onkologii.

Paní J. bude zařazena do programu dispenzarizace, zpočátku bude zvána ke kontrole častěji, postupně se intervaly prodlužují. Kontroly zahrnují komplexní gynekologické vyšetření včetně palpačního vyšetření tříselných lymfatických uzlin; stanovení markeru CA125, dále se v 6. a 12. měsíci od ukončení léčby a poté v ročních intervalech provádí vyšetření krevního obrazu a biochemie, ultrazvukové vyšetření malé pánve a dutiny břišní. Jednou za rok je indikováno mamografické vyšetření. V případě podezření na recidivu nádoru lékař ordinuje další vyšetření (RTG plic, CT, MR).

Lékař dále poučil pacientku o nežádoucích projevech v pooperačním období. Silné zarudnutí jizvy, krvácení z rány, nebo odchod většího množství tekutiny, rozestup rány. Teplota nad 38,0°C, stupňující se bolesti, zástava odchodu plynů a stolice, opakované zvracení, silné krvácení z pochvy a bolestivé močení. Při těchto potížích je nutné vyhledat lékaře.

Dále jí upozornil, že i po propuštění může přetrvávat bolestivost v místě operační rány. Pro snížení bolesti jsou dostačující běžně dostupná analgetika (např. Paralen, Ibalgin, Diclofenac) užívat dle doporučení z příbalového letáku.

### 3. Diskuze

V diskuzi bych se chtěla zmínit o výzkumu a využití nového tumorového markeru, který by mohl přispět k časně diagnostice karcinomu ovaria. Dále srovnávám léčbu pooperační bolesti, použila jsem informace z bakalářských prací se stejnou diagnózou. Zmiňuji zvýšené riziko venózní tromboembolie u tohoto onemocnění a význam psychické přípravy pacienta před operací.

Ve své doktorandské práci J. Presl uvádí, „že ovariální karcinom je svojí incidencí a vysokou mortalitou celosvětovým problémem. Jedním z důvodů je chybějící symptomatologie časných stádií a dalším z důvodů je zatím neexistující screening. Karcinom ovaria má špatnou prognózu zejména kvůli pozdní detekci v pokročilých stádiích, proto je věnována velká pozornost možnostem vyhledávání časných stádií. Jsou diskutovány dvě strategie. Populační screening, který je dosud považován za náročný, drahý a málo efektivní a screening zaměřený na rizikovou skupinu pacientek s familiárním výskytem ovariálních či jiných malignit v rámci hereditárních syndromů. Dosavadní výsledky těchto snažení však nejsou nijak uspokojivé a nepřinášejí výrazné zlepšení výsledků hlavních pozorovaných ukazatelů, zejména celkového přežití. Dosud nebyl objeven nádorový marker, který by se přibližoval „ideálnímu markeru“, tzn., že marker má schopnost prokázat přítomnost zhoubného nádoru v počátečním stádiu, hodnoty markeru se zvyšují nad normu pouze u nádorů, pozitivní hodnota by měla cíleně vypovídat o nádorovém poškození konkrétního orgánu, vyšetření markeru by mělo umožnit odhadnout ještě před započatím léčby individuální průběh onemocnění a napomoci zvolit optimální léčbu a měl by mít také schopnost předvídat vznik recidiv.

Až do nedávné doby byl nádorový marker CA125 jediným využívaným nádorovým markerem u pacientek s abnormálním nálezem v pánvi. Po roce 2000 se objevily práce s využitím markeru HE4, do klinické praxe byl uveden v roce 2009. U CA125 je zřejmá jeho nízká specificita a to zejména u premenopauzálních žen. V řadě studií se zkouší jiné markery, samotné či jejich kombinace, avšak v rámci diagnostiky ovariálního karcinomu u pacientek s tvarovým adnexálním nebo nejasným nálezem v pánvi se jako nejlepší jeví právě HE4, který vykazuje nejvyšší senzitivitu jako single biomarker pro ovariální

karcinom (73%) pokud je však využit v kombinaci právě s CA125 je senzitivita 76%.

V posledních několika letech vedla snaha o zvýšení efektivity diagnostického procesu k zavedení ROMA indexu, který kalkuluje riziko malignity u dané pacientky. K výpočtu indexu se využívá naměřených hodnot HE4 a CA125, bere se také v úvahu hormonální status pacientky. Výsledek je určován v procentech.

J. Presl se v této práci také zabývá falešnou pozitivitou markeru HE4 a CA125. Obecně lze říci, že specificita markeru HE4 je v porovnání s CA125 vyšší. Jedním z mála stavů, který zvyšuje HE4 a není stavem nádorovým je renální insuficience. Za mimořádně důležité považuje zjištění, že HE4 se prakticky nezvyšuje při endometrióze, přítomnosti ascitu, pohrudničním výpotku, kardiální dekompenzaci, kdy je ve velkém procentu nesprávně pozitivní CA125.

Autor ve své výzkumné práci v rámci problematiky karcinomu ovaria dospěl k závěru, že stanovení CA125 a HE4 zlepšuje primární detekci ovariálního karcinomu a zužuje diferenciálně diagnostický interval. HE4 je vhodným markerem pro detekci ovariálního karcinomu, protože má minimální výskyt nesprávně pozitivních výsledků. Dále ve výzkumu na populaci českých žen dokázal, že marker HE4 dosahuje senzitivity a specificity použitelné v každodenní praxi. Kombinace markerů HE4 a CA125 a současný výpočet ROMA indexu je vhodnou metodikou pro zlepšení zachytu ovariálního karcinomu.“

Na druhou stranu je třeba uvést fakt, že paušálnímu zavedení těchto poznatků do praxe brání i omezená dostupnost a cena laboratorního stanovení HE4.

Ošetrovatelská péče o pacientku s diagnózou karcinomu ovaria se může lišit v závislosti na závažnosti onemocnění, zdravotním stavu pacientky a rozsahu operace. Jinak si myslím, že bude velmi podobná. Pacientky, které podstupují operační zákrok z důvodu tohoto onemocnění, jsou po operaci obvykle sledovány na monitorovaném lůžku na JIP.

Na multioborové JIP v naší nemocnici byl k léčbě bolesti podáván Paracetamol 1g ve 100ml FR i.v. po 6h a Dipidolor 15mg s.c. po 8h dle hodnocení VAS.

K léčbě pooperační bolesti jsme na standardním oddělení aplikovali Novalgin 5ml ve 100ml FR i.v. po 6 hodinách, při silné bolesti Dipidolor 15mg i.m. po 8h dle hodnocení VAS .

Hladíková ve své práci popisuje , „že při bolesti aplikují Novalgin 2ml ve 100ml FR i.v. po 3h, při silné bolesti Tramal 1ml ve 100ml FR i.v. po 6h max.3x denně a při velmi silné bolesti Morphin 1ml s.c. po 8h max. 3x denně.“

Řeháková uvádí, „že aplikují kontinuálně Dipidolor 15mg- 4amp v 50ml FR rychlostí 2-3ml/h, při bolesti bolus 5ml, dále Diclofenac supp.100mg p.r. po 8h dle potřeby a Dipidolor 1amp i.m. ve 22h při bolesti.“

V bakalářské práci Kotlanové je uvedeno, „že pacientka má zavedený epidurální katétr do kterého je kontinuálně aplikován Marcain 0,5% 20ml+ Morphin 4mg v 80ml FR rychlostí 4-5ml/h, při bolesti bolus 4ml, dále se podává Novalgin 2ml i.m. 3x denně dle potřeby.“

„Základem kvalitní pooperační analgezie je podle typu operačního výkonu 1 až 2 dny pravidelné podávání dvojkombinace neopioidních analgetik a slabých opioidů. Například paracetamol 1g po 6h (forma i.v., p.r., p.o.) nebo metamizol (Novalgin) 1-2g i.v. po 8h do maximální denní dávky 5g, případně v kombinaci s tramadolem do maximální denní dávky 400mg (vhodné v infuzním roztoku kontinuálně na 24h nebo bolusy 50-100mg po 6h). Další možností je přidat lék ze skupiny NSA, pokud není kontraindikován. Vhodný je např. diklofenak, který lze přidat do infuze s tramadolem v dávce 100-150mg na 24h nebo jako samostatnou krátkodobou infuzi po 50-75mg i.v. Při nedostatečné analgezii je vhodné nahradit tramadol silným opioidem (morfin 10mg s.c. po 4-6h, piritramid7,5-15mg s.c. nebo i.v. po 8h).

Pokud je pacient pooperačně hospitalizován na monitorovaném lůžku, je velmi komfortní kontinuální analgezie silným opioidem v kombinaci s neopioidními analgetiky, například morfin 40mg ve 40ml FR 1-5ml/h k udržení VAS do 2 nebo piritramid (Dipidolor) 45mg ve 45ml FR 1-5ml/h podle VAS.“ (Málek, Ševčík a kol. 2014; s. 86-88)

Ve všech posuzovaných pracích je pacientkám aplikována kombinace opioidních a neopioidních analgetik, což bylo i u naší pacientky.

„Riziko venózní tromboembolie (VTE) je 2-7 krát vyšší u žen operovaných pro onkologicko - gynekologickou diagnózu než ve skupině žen podstupujících chirurgický zákrok pro benigní příčinu. Je to podmíněno zejména charakterem nádoru (ovariální zhoubný nádor má nejvyšší riziko), typem primární chirurgické léčby (radikální operace v oblasti malé pánve a dutiny břišní včetně lymfadenektomie- tedy operace v oblasti venózního řečiště) a relativně častou aplikací neadjuvantní nebo adjuvantní chemoterapie. Podle současných znalostí by standardní doba profylaxe VTE měla trvat 7-10 dnů. Současná realita je však taková, že většina VTE vzniká po propuštění z hospitalizace. Je třeba individuálně zvažovat efektivitu a rizika prodloužené profylaxe v trvání minimálně 28 dnů.“  
(Rob, Robová, Chmel, Pluta; 2011)

K prevenci tromboembolie se na našem oddělení standardně používá aplikace miniheparinizace, bandáže DK, včasné stávání z lůžka po operaci a cvičení DK. U paní J. se podával Zibor 5000j s.c. 1x za 24h a pacientka měla po dobu hospitalizace přiložená elastická obinadla na DK, pravidelně se kontrolovala jejich funkčnost, fyzioterapeutka prováděla denně s pacientkou pasivně cviky s DK k prevenci TEN. Pacientka je částečně imobilní, má parézu DK z důvodu DMO, proto také lékař rozhodl o pokračování miniheparinizace v domácím prostředí po dobu 3 týdnů. Pacientka byla edukována v průběhu hospitalizace o způsobu aplikace s.c. injekce.

Téměř každý pacient má strach před operací, pokud se nevěnuje dostatečná pozornost sledování a zmírnění nadměrného strachu, mohou se u něj v pooperačním období vyskytnout psychické problémy různého druhu a intenzity. Pro pacienta je důležité mít dostatek informací, je potom klidnější, může se lépe připravit a ví, co má očekávat. Nejvhodnější způsob je ústní informace doplněná letáky nebo brožurami s důležitými informacemi. Důležitá je psychická příprava, cílem je pacienta zklidnit a zmírnit jeho obavy. Lékař vysvětlí pacientovi důvody, které vedou k operaci, zákrok nezlehčuje, ale ani nedramatizuje. Pacient by měl být připraven na nezvratnou skutečnost, která zásadně ovlivní jeho další život po operaci (amputace, stomie, neplodnost), vhodná je přítomnost psychologa.  
(Gulášová, 2014)

„Péče o psychický a emocionální stav pacienta patřil k základním starostem lékaře. Pokrok v medicíně přinesl koncentraci lékaře téměř až výlučně

na somatický stav pacienta, psychická stránka ustoupila do pozadí zájmu. Proto se stále častěji setkáváme se zařazováním psychologů do zdravotnického týmu. U nás zatím velice zřídka, ale ve světě se to stává samozřejmostí. Úkolem klinického psychologa v nemocnici je doplnit vyšetření lékaře, aby obsahovalo údaje neuropsychologické, nejdůležitější charakteristiky osobnosti pacienta, jeho emocionalitu, způsob zvládání těžkostí, stresu, a zhodnotit jeho celkový psychický stav. Jsou také zapojováni do přípravy pacientů na závažná a bolestivá diagnostická vyšetření a na operace, podílejí se i na psychické stránce pooperační péče.“ (Křivohlavý 2002; 54-55)

V některých případech by byla přítomnost klinického psychologa při podávání informací lékařem před operací velkým přínosem. (zvláště u pacientek s onkologickým onemocněním).

Již v šedesátých letech 20. století byly publikovány práce, které srovnávaly chování dvou skupin pacientů. První skupina byla podrobněji informována o tom, co se s nimi bude dít. Byli seznámeni s průběhem vyšetření nebo operace, měli možnost se podívat na místa, kde to bude probíhat, mohli se také seznámit s přístroji, s nimiž se tam setkají. Také se mohli podívat na pooperační pokoje a měli možnost hovořit s pacienty, kteří podobným výkonem již prošli. K přípravě pacientů se také využívaly filmy, na kterých byly záběry z průběhu operace, po operaci a v době rekonvalescence. Pacienti v druhé skupině prošli běžnou přípravou. Z výzkumu se zjistilo, že stres pacientů se trojnásobně snížil u první skupiny. (Křivohlavý, 2002)

Podle mého názoru by se tento způsob předoperační přípravy těžko uváděl do praxe. Musela by být k tomu určena osoba, která by se věnovala pouze této problematice. Také si myslím, že některým pacientům by tato příprava nemusela vyhovovat, zvláště film se záběry z průběhu operace by je mohl šokovat.

Na našem oddělení podáváme množství informací pacientkám již od příjmu, kdy sestra pacientku seznámí s tím, jak bude probíhat předoperační příprava, poté jí lékař seznámí s průběhem operace a v odpoledních hodinách sestra seznámí celou skupinu pacientek, které jsou plánované k operaci o tom, jak to bude probíhat před operací a po operaci. Pacientky mají možnost klást doplňující otázky a také se navzájem poznají a vědí, že v tom nejsou samy.



## Závěr

Ve své bakalářské práci se věnuji případové studii ošetrovatelské péče o pacientku s karcinomem ovaria. Toto téma mne zaujalo, jelikož pracuji dlouhou dobu na gynekologicko-porodnickém oddělení a s těmito pacientkami se setkávám. Nádorové onemocnění vaječníku je na 3. místě zhoubných onemocnění ženských pohlavních orgánů v České republice, ale na prvním místě v úmrtnosti. Jde o záludné onemocnění, které často probíhá dlouhou dobu bez příznaků a projevuje se až v pokročilých stádiích., kdy je léčba velmi náročná a často dochází k remisím. V současnosti není známa žádná spolehlivá screeningová metoda tohoto onemocnění.

Paní J. měla štěstí, protože jí bylo diagnostikováno zhoubné onemocnění vaječníku náhodně při ultrazvukovém vyšetření před operací pupeční kýly. Pacientka podstoupila radikální operaci, kde byl odstraněn celý nádor, který byl lokalizovaný pouze na pravé ovarium klasifikovaný na T1a NX M0. Pacientka dále nemusí podstoupit chemoterapii, bude zařazena do dispenzarizace na onkologii.

Měla jsem možnost setkat se s paní J. po 4 měsících od operace, cítí se velmi dobře, je soběstačná stejně jako před operací a může se věnovat svým zájmům a koníčkům společně se svým manželem.

## Seznam použité literatury

Adam, Zdeněk. Vorlíček, Jiří. Vaníček, Jiří a kol. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2. aktualizované a doplněné vydání Praha: Grada Publishing, a.s. 2004. ISBN 80-247-0896-5

Cibula, David. Petruželka, Luboš a kol. *Onkogynekologie*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, a.s. 2009. ISBN 978-80-247-2665-6

Čihák, Radomír a Grim, Miloš. *Anatomie 2*. 2. doplněné a upravené vydání. Praha: Grada Publishing a.s. 2002. ISBN 80-247-0143-X

Gulášová, Ivica. *Strach pacienta před operací*. Sestra č. 2/2014, ročník 24. ISSN 1210-0404

Hladíková, Ivana. *Ošetrovatelská péče o pacientku s diagnózou karcinom ovaria*. Praha červen 2014. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Jana Holubová

Holibková, Alžběta. Laichman, Stanislav. *Přehled anatomie člověka*. 5. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2010. ISBN 978-80-244-2615-0

Jobánková, Marta a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vydání. Brno: NCO NZO 2003. ISBN 80-7013-390-2

Juřeníková, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2002. ISBN 978-80-2472171-2

Kolařík, Dušan. Halaška, Michael. Feyereisl. Jaroslav. *Repetitorium gynekologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, s.r.o. 2011. ISBN 978-80-7345-267-4

Kotlanová, Šárka. *Ošetřování klientky s karcinomem ovaria*. Praha 2008. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Mgr. Lenka Nováková

Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti-příručka pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2006. ISBN 80-247-1720-4

Křivohlavý, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, spol.s.r.o. 2002. ISBN 80-247-0179-0

Málek, Jiří. Ševčík, Pavel. a kol. *Léčba pooperační bolesti*. 3. doplněné vydání. Praha: Mladá fronta a.s. 2014. ISBN 978-80-204-3522-4

NAKAMURA, Kanako. at al. *Features of ovarian cancer in Lynch syndrome (Review)*. *Molecular and Clinical Oncology* [online]. 2014-08-20, s. - [cit. 2015-03-02]. DOI: 10.3892/mco.2014.397. Dostupné z: <http://www.spandidos-publications.com/10.3892/mco.2014.397>

Novotný, Jan. Vítek, Pavel a kol.. *Onkologie v klinické praxi, Standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, a.s. 2012. ISBN 978-80-204-2663-5

Pavlíková, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2006. ISBN 80-247-1211-3

Pavlů, Hana. *Dědičná predispozice nádoru prsu a vaječníků*. Sestra č.11/2013, ročník 23. ISSN 1210-0404

Presl, Jiří. *Biomarkery epiteliálních nádorů ovaria a endometria*. Plzeň 2013. Doktorandská disertační práce. Univerzita Karlova v Praze. Lékařská fakulta v Plzni Gynekologicko-porodnická klinika. Školitel Doc. MUDr. Zdeněk Novotný, CSc.

Rob, Lukáš. Martan, Alois. Cittebart, Karel a kol. *Gynekologie*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén 2008. ISBN 978-80-2762-501-7

Řeháková, Karolína. *Ošetrovatelská péče o nemocnou s diagnózou karcinom ovaria*. Praha únor 2009. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. 3. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Marie Zvoníčková

Slezáková, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2011. ISBN 978-80-247-3373-9

VAN DE LAAR, Rafli. et al. *Cytoreductive surgery followed by chemotherapy versus chemotherapy alone for recurrent platinum-sensitive epithelial ovarian cancer (SOCceR trial): a multicenter randomised controlled study*. *BMC Cancer* [online]. 2014, vol. 14, issue 1, s. 22- [cit. 2015-03-02]. DOI: 10.1186/1471-2407122.

Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/14712407/14/22>

Vaňásek, Jaroslav. Čermáková, Kateřina. Kolářová, Iveta. *Bolest v ošetrovatelství*. 1. vydání. Pardubice: Univerzita Pardubice 2014. ISBN 978-80-7395-769-8

Vorlíček, Jiří. Abrahámová, Jitka. Vorlíčková, Hilda a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3742-3

## **Jiné zdroje:**

*Karcinom ovaria* [on-line] [cit. 5. 3. 2015] Dostupné z:

<http://www.onkogyn.cz/lekari/karcinom-ovaria>

*TNM klasifikace* [on-line] [cit. 5. 3. 2015] Dostupné z:

<http://www.onkogyn.cz/lekari/tnm-klasifikace>

Rob, Lukáš. Robová, Helena. Chmel, Roman. Pluta, Marek. *Venózní tromboembolie u žen s gynekologickými zhoubnými nádory*. [on-line] *Postgraduální medicína* 3/2011.[cit. 19. 2. 2015]Dostupnost z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/venozni-tromboembolie-u-zen-s-gynekologickymi-zhoubnymi-nadory-458615>

Zdravotnická dokumentace pacientky

## Seznam zkratk:

a.- arteria  
amp. - ampule  
apod. - a podobně  
AFP - alkalická fosfatáza  
ALP - alkalická fosfatáza  
ALT - alaninaminotransferáza  
APPE - appendektomie  
APTT - aktivovaný parciální tromboplastinový čas  
ASA - klasifikace stavu nemocného před operací  
AST - aspartátaminotransferáza  
ATB - antibiotika  
AT billat. - oboustranná adnexektomie  
BMI - Body mass index  
BRCA - Breast Cancer type  
°C - stupně Celsia  
ca - karcinom  
CA 125 - nádorový marker, zvýšený u ca ovaria, pankreatu  
CA 15-3 - nádorový marker, zvýšený u ca prsu  
CA 19-9 - nádorový marker, zvýšený u kolorektálního karcinomu, nádorů GIT  
CA 72-4 - nádorový marker, zvýšen u ca žaludku, nádorů GIT  
CEA - karcinoembryonální antigen  
CRP - C- reaktivní protein  
CT - počítačová tomografie  
D - dimery – fibrin degradační produkt  
DF - dechová frekvence  
DK - dolní končetiny  
DMO - dětská mozková obrna  
EKG - elektrokardiograf  
ECHO - echokardiografie, ultrazvukové vyšetření  
FF - fyziologické funkce  
FIGO - klasifikační systém nádorů  
FR - fyziologický roztok  
FSH - folikulostimulační hormon  
g. - gram  
GIT - gastrointestinální trakt  
GMT - gama glutamyltransferáza  
GnRh - gonadotropiny uvolňující hormon  
h. - hodina  
HBsAg - virus hepatitidy B  
HCV - hepatitis C virus  
HIV - human immunodeficiency virus  
hCG - choriový gonadotropin  
HE4 - lidský epididimální protein 4  
HNPPC - hereditární nonpolypózní kolorektální karcinom  
HYE abd. - abdominální hysterektomie  
Ch - charrier

IASP - asociace pro studium bolesti  
INR - international normalization ratio, hodnota Quickova testu  
i. m. - intramuskulárně  
i. v. - intravenosně  
JIP - jednotka intenzivní péče  
K - kalium  
kg. - kilogram  
LDH - laktát dehydrogenáza  
LH - luteinizační hormon  
mg - miligramy  
ml. - mililitr  
MMR - geny  
MRI - magnetická resonance  
PHK - pravá horní končetina  
PMK - permanentní močový katétr  
p.o. - per os  
p.r. - per rectum  
P+V - příjem+výdej  
PŽK - periferní žilní katetr  
ROMA - Risk of Ovarian Malignancy Algorithm  
RTG S+P - rentgen srdce plíce  
s.c. - subkutánně  
spO2 - saturace krve kyslíkem  
supp.vag. - vaginální čípky  
tbl. - tableta  
TEN - tromboembolická nemoc  
TK - tlak krve  
TNM - klasifikační systém nádorů  
torr - základní jednotka krevního tlaku  
TRF - transfuze  
TT - tělesná teplota  
TVU - transvaginální ultrazvuk  
tzv. - tak zvané  
USG - ultrazvuk  
v. - vena  
VAS - vizuální analogová stupnice  
VTE - venózní tromboembolie

## Seznam tabulek:

Tabulka č.1	TNM a FIGO klasifikace nádorů	str. 21
Tabulka č.2	biochemické vyšetření	str. 29
Tabulka č.3	hematologické vyšetření	str. 29
Tabulka č.4	koagulační vyšetření	str. 30
Tabulka č.5	tumorové markery	str. 30
Tabulka č.6	hematologické vyšetření	str. 33
Tabulka č.7	hematologické vyšetření	str. 34
Tabulka č.8	hematologické vyšetření	str. 36
Tabulka č.9	hematologické vyšetření	str. 38



## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Ošetrovatelská anamnéza  
(Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK)

### Ošetrovatelská anamnéza

(Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení: gynekologicko-porodnické  
 Datum a čas odběru anamnézy: 21.10.14 10<sup>15</sup> h  
 Jméno (iniciály): J.S. Pohlaví: žena Věk: 47 l

Datum přijetí: 21.10.14

Stav: vtara! Povolání: invalidní důchod

Rodina informována o hospitalizaci: ano  ne

Diagnóza při přijetí (základní): karcinom ovaria

Chronická onemocnění: DMO s částečnou imobilitou  
hypertenze  
miokardová anémie

Infekční onemocnění:  NE  ANO  
 Režimová opatření:

Léčba:  
 Operační výkon: HYEabd. cum ATbillat Pooperační den:

Farmakoterapie:  
Beta Loc 200 SR 1-0-0 tbl  
Tardigran 1-1-0 tbl

Jiné léčebné metody:

Má nemocný informace o nemoci:  ano  ne  částečně

Alergie:  ano  ne jaké:

Fyziologické funkce: P: 76' TK: 140/85 D: 18' SpO2: 99% TT: 36,8 °C

#### 1) Vědomí

stav vědomí:  při vědomí  porucha vědomí  bezvědomí GSC: 15  
 Orientovaný  Dezorientovaný



**5) Vnímání zdraví**

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba), *DM2 s částečnou*  
*inabilitou - invalidní vozík*

Úrazy:  ano  ne jaké: .....

**6) Výživa, metabolismus**

Dieta: *3* Nutriční skóre: *0,8*

Hmotnost: *90 kg* Výška: *160 cm* BMI: *35,7 - obezita 2. stupně*

Chuť k jídlu:  ano  ne

Potíže s přijímáním potravy:  ano  ne jaké: .....

Užívá doplňky výživy:  ano  ne jaké: *multivitamíny*

Enterální výživa: */* Parenterální výživa: */*

Denní množství tekutin: *2l* Druh tekutin: *voda, čaj, ovocné šťávy*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době:  ano  ne o kolik: .....

Umělý chrup:  ano  ne  horní  dolní

Potíže s chrupem:  ano  ne

**7) Vyprazdňování**

problémy s močením:  ano  pálení  řezání  retence  inkontinence  
 ne

problémy se stolicí:  ano  průjem  zácpa  inkontinence  
 ne

stolice pravidelná:  ano  ne

datum poslední stolice: *21.10.17*

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: .....

Rektální odvodný systém: .....

Stomie: .....

**8) Aktivita, cvičení**

Pohybový režim: *přesouvá se na invalidním vozíku*

Barthel test: *70b - lehká závislost*

Riziko pádu: ANO skóre: *5b - střední riziko* NE

Pohyblivost:  chodící samostatně  chodící s pomocí

ležící pohyblivý

ležící nepohyblivý

pomůcky

jaké : ..... invalidní vozík .....

**9) Spánek, odpočinek**

počet hodin spánku : ..... 9h ..... hodina usnutí : ..... 100h .....

poruchy spánku :  ano  ne jaké : .....

hypnotika :  ano  ne

návyky související se spánkem : ..... podle nemůže usnout tak .....

..... hraje na počítači nebo na kytaru .....

**10) Vnímání, poznávání**

potíže se zrakem :  ano  ne jaké : ..... vrozená tupozrakost .....

potíže se sluchem :  ano  ne jaké : .....

porucha řeči :  ano  ne jaká : ..... sarkasmus v řeči .....

kompensační pomůcky :  ano  ne jaké : ..... brýle .....

orientace :  orientován

dezorientovaný  místem  časem  osobou

**11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu**

Emocionální stav :  klidný  rozrušený ..... změna prostředí .....

Pocit strachu nebo úzkosti :  ano  ne ..... z opírání .....

Úroveň komunikace a spolupráce :  dobrá  obtížná .....

**Plánování propuštění**

Bydlí doma sám :  ano  ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : ..... pečovatelka, manžel .....

kontakt s rodinou :  ano  ne

**12) Invazivní vstupy**

Drény :  ano  ne jaké : ..... Datum zavedení : .....

Permanentní močový katétr :  ano  ne

i.v. vstupy :  ano  periferní datum zavedení : ..... kde : .....

Stav : .....

centrální datum zavedení : ..... kde : .....

stav : .....

ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

Sonda :  ano  ne      jaká : ..... datum zavedení : .....

Stomie :  ano  ne      jaká : ..... stav : .....

Endotracheální kanyla :  ano  ne      č.ETR : ..... datum zavedení : .....

Tracheotomie :  ano  ne      č. : ..... od kdy : .....

Arteriální katétr :  ano  ne

Epidurální katétr :  ano  ne

Jiné invazivní vstupy : .....

### Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

#### 1. Barthelové test základních všedních činností ( ADL - activities of daily living )

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

**Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:**

0-40 bodů: vysoce závislý  
 45-60 bodů: závislost středního stupně  
 65-95 bodů: lehce závislý  
 100 bodů: nezávislý

70b.

## 2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodi 4	Úplná 4	Neu 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Stanková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně. 27b

## 3. Hodnocení nutričního stavu

### NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m <sup>2</sup> ) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

#### Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický ráčec pro sestry, Grada 2007

## 4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

### Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD ( dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkové odd.	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> zrakový/slychový problém	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků ( diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespoupracující	2b
Přímým dotazem pacienta ( informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závrať?	ANO 3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO 1 bod
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5 - 13 bodů	Střední riziko
14 - 19 bodů	Vysoké riziko

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

## 5. Hodnocení vědomí

### Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účinný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:		15 bodů - pacient při plném vědomí
		3 body - pacient v hlubokém bezvědomí

15b.

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetřování nemocných*, Praha: Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

### Ošetřovatelské zhodnocení

Pacientka je částečně imobilní, pohybuje se pomocí invalidního vozíku, vykoupe se a oblékne s pomocí, v ostatních činnostech je soběstačná. Pacientka má střední riziko pádu, riziko vzniku dekubitů je nízké, nutriční stav je dobrý.